

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização
Enfermagem de Reabilitação

**Intervenção do Enfermeiro Especialista
em Enfermagem de Reabilitação,
em Contexto de Cuidados Intensivos,
à Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
Submetida a Ventilação Não Invasiva**

Maria João da Silva Moraes

2015





Curso de Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização
Enfermagem de Reabilitação**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista
em Enfermagem de Reabilitação,
em Contexto de Cuidados Intensivos
à Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
Submetida a Ventilação Não Invasiva**

Maria João da Silva Moraes

Orientadora: Professora Cristina Saraiva

2015



Agradecimentos

Difícilmente se realizam obras em solidão.

Quero expressar o meu profundo agradecimento aos que me ajudaram neste percurso.

À Professora Cristina Saraiva pelo estímulo e orientação.

Às Enfermeiras Isabel e Sandra pelo ensino clínico que proporcionaram.

À minha família, pela compreensão e apoio.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD - Atividade(s) Instrumental(ais) de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade(s) de Vida Diária

DGS – Direcção-Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EO – Enfermeira(s) Orientadora(s)

ER - Enfermagem de Reabilitação

GOLD - *Global Initiative For Chronic Obstrutive Lung Disease*

LVM – Lesão Vertebro-Medular

nº - Número

NHF – Necessidade(s) Humana(s) Fundamental(ais)

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. - Página

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RR – Reabilitação Respiratória

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCI – Unidade(s) de Cuidados Intensivos

UCIR - Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI - Ventilação Não Invasiva

RESUMO

Os estágios em Enfermagem constituem momentos de especial potencial formativo, em que a experiência se constitui em saber, através de um processo reflexivo constante sobre as práticas desenvolvidas. Este relatório surge como um documento ilustrativo do percurso de desenvolvimento de competências de um saber especializado, e incide sobre os estágios desenvolvidos em contexto hospitalar, numa Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios, com ênfase nas competências de reabilitação na área respiratória, e comunitário numa Unidade de Cuidados na Comunidade, respeitante ao desenvolvimento de competências da área sensoriomotora e de eliminação.

Tendo por base as Competências Específicas essenciais para a prática da Enfermagem de Reabilitação, que inserimos nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, desenvolvemos intervenções ao longo dos dois estágios, que permitiram evidenciar o seu progresso nos diferentes contextos de prestação de cuidados. Utilizando uma metodologia descritiva, pretendemos deste modo, dar visibilidade às diferentes atividades efetuadas, demonstrando as diferentes respostas a uma mesma competência, em cada campo de estágio, bem como apontar as dificuldades encontradas e as estratégias de resolução aplicadas, rumo ao desenvolvimento de competências e consequente especialização em Enfermagem de Reabilitação.

A partilha de experiências e o apoio da equipa de enfermagem, bem como das enfermeiras orientadoras foram fulcrais para o encontro do conhecimento e desenvolvimento de competências. Neste sentido, os contextos da prática de estágio revelaram-se locais privilegiados de observação e de aprendizagem, muito enriquecedores, permitindo a aplicação dos conhecimentos, valores e capacidades, sendo conducentes do desempenho autónomo na qualidade dos cuidados especializados prestados à pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica submetida a Ventilação Não Invasiva, em contexto de Cuidados Intensivos foco central do projeto de estágio.

Palavras Chave: Enfermagem de Reabilitação; Necessidades Humanas Fundamentais; Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica/ DPOC; Ventilação Não Invasiva/VNI; Cuidados Intensivos

ABSTRACT

Nursing Internships are moments of special potential training, where experience becomes knowledge, through a constant reflecting process on the practices developed. This report comes as an enlightening document of the skills development course of expertise, and focuses on the practices developed in hospital setting, in an Intensive Respiratory Care Unit, with emphasis on rehabilitation skills in both respiratory and community areas, in a Community Care Unit, concerning skills development in the motor sensory and elimination areas.

Based on the Specific Competences inherent to the practice of Rehabilitation Nursing, that we inserted in the Common Nurse Specialist Competencies, we developed interventions over the two practices, which have highlighted their progress in different areas of care. Using a descriptive methodology, we intend, thus, to underline the different activities performed, showing the different responses to the same competence in each training area and point out the difficulties found as well as the solving strategies applied toward the development of skills and consequent specialization in Rehabilitation Nursing.

Sharing experiences and the support of the nursing team, as well as the guiding nurses, have been essential to the achievement of knowledge and development of Specialist Nurse Skills. In this sense, the contexts of training practice, proved to be privileged locations of observation and learning, very enriching, allowing the application of knowledge, values and skills, and leading to autonomous performance in specialized care quality to the person with Chronic Obstructive Pulmonary Disease subjected to Noninvasive Ventilation in the context of Intensive Care Unit as the central focus of the initial internship project.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Fundamental Human Needs; Chronic obstructive pulmonary disease / COPD; Noninvasive Ventilation / NIV; Intensive Care

ÍNDICE

p.

INTRODUÇÃO	7
1. DA PARTILHA DE SABERES E EXPERIÊNCIAS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	15
2. FACILIDADES, DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS DE RESOLUÇÃO	53
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

APÊNDICES

Apêndice I – Objetivos e Atividades Delineados no Projeto de Formação

Apêndice II – Apreciação do Percorso de Desenvolvimento de Competências dos Estágios

Apêndice III – Guia para Avaliação Neurológica

Apêndice IV - Guia para Recolha de Dados

Apêndice V – Carta de Referenciação para Consulta de Fisiatria

Apêndice VI – Planos de Intervenção da UCIR

Apêndice VII – Planos de Intervenção da UCC

Apêndice VIII - Programas de Reabilitação Respiratória e Motora

Apêndice IX – Reflexões Realizadas em Contexto de Estágio

Apêndice X – Folheto Ventilação Não Invasiva

Apêndice XI – Ficha de Avaliação inicial de Enfermagem de Reabilitação da UCC

INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias são um grave problema de saúde mundial, com grande impacto também no nosso país. Entre estas, a que tem maior prevalência, é a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), que afeta em todo o mundo cerca de 210 milhões de pessoas e em Portugal cerca de 800 mil, sendo atualmente a segunda causa de internamento por doença respiratória, o que segundo o Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias, conduz a graus de incapacidade relevantes e elevada mortalidade (Teles de Araújo, 2013).

Segundo a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD, 2015), a DPOC é uma doença previsível e controlável, que se caracteriza por “uma obstrução persistente ao fluxo aéreo, habitualmente progressiva e associada a uma reação inflamatória crónica em resposta à exposição prolongada das vias aéreas a gases ou partículas nocivas” (p.2). As exacerbações e comorbilidades (doenças cardiovasculares, neuromusculares, etc.) contribuem para o seu agravamento progressivo. Deste modo, acaba por causar incapacidade, com acentuado impacto negativo na qualidade de vida das pessoas e no seu meio familiar, profissional e social.

A DPOC manifesta-se essencialmente, sob a forma de dispneia, aumento da produção de secreções, disfunção ciliar, hiperinsuflação pulmonar, destruição dos septos alveolares, hipertensão pulmonar e, em estádios mais avançados, “cor pulmonale”, associado à hipoxémia e retenção de dióxido de carbono (Pauwels et al., 2001).

Segundo Pereira et al. (2010), a dispneia, como o sintoma mais prevalente, desta doença, leva a pessoa a diminuir progressivamente a sua atividade física, criando um ciclo vicioso, de dispneia-inatividade-dispneia, que pode levar a limitações no desempenho das atividades de vida diária (AVD), determinando um quadro crónico de inatividade física e sedentarismo.

O diagnóstico de DPOC deve ser considerado em todas as pessoas que apresentem dispneia, tosse e expetoração frequentes ou história de exposição a fatores de risco para a doença. Neste contexto a GOLD (2015) preconiza a realização de espirometria, para confirmar a presença de limitação do fluxo aéreo, e determinar a

gravidade da doença e da obstrução, bem como, o impacto no estado de saúde da pessoa e o risco de exacerbações, hospitalizações ou morte. Quanto mais precoce for o diagnóstico da DPOC, mais possibilidades haverá de intervir e retardar a evolução natural da doença. Ainda para esta organização, as alterações referidas desenvolvem-se, geralmente, por ordem no processo evolutivo da doença, sendo a gravidade da obstrução ao fluxo aéreo classificada em quatro estádios, que vão do ligeiro (estádio I) ao muito grave (estádio IV). Exigindo este último uma abordagem diferenciada, que para além de comportar medidas preventivas como a cessação tabágica ou diminuição da exposição a gases ou partículas nocivas, deve também incluir tratamentos farmacológicos e não farmacológicos.

O seu tratamento muito tem beneficiado, para além dos tratamentos convencionais, com a Reabilitação Respiratória (RR) e a Ventilação Não Invasiva (VNI). Neste contexto, Araújo, Camisasca, Britto e Parreira (2005), referem que o enfoque está na redução do trabalho dos músculos respiratórios, e promoção de melhores níveis de tolerância ao esforço.

Neste sentido, o tratamento com recurso à VNI consiste, tal como mencionam Santos, Malbeiro e Rosa (2013), na manutenção artificial da oxigenação e/ou ventilação, por aplicação de um suporte ventilatório mecânico parcial sem recurso a métodos invasivos, por meio de máscara facial ou nasal (interface), em pessoas com estímulo respiratório, até que estas estejam capacitadas a reassumir um padrão ventilatório espontâneo eficaz.

Segundo Hoo e Byrd Jr. (2014), em contexto hospitalar, as exacerbações da DPOC constituem a condição ideal para a implementação da VNI, dada a rápida reversibilidade do seu quadro clínico. Isto porque permite, reduzir o trabalho dos músculos respiratórios, a frequência respiratória, otimizar as trocas gasosas por recrutamento de alvéolos hipoventilados, bem como, manter as barreiras de defesa natural e diminuir o auto-PEEP - *Positive Expiratory End Pressure* (Delgado et al., 2012; Ferreira, Nogueira, Conde & Taveira, 2009).

Num estudo realizado por Agarwal et al. (2009), em 18 pessoas com insuficiência respiratória hipoxémica submetidos a VNI, concluíram que houve uma redução significativa da dispneia na 1ª hora, melhoria da pressão de hidrogénio (ph) e da pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial (PaCO₂). Num outro estudo

comparativo realizado por, Jurjević et al. (2009), aplicado a 156 pessoas submetidas a VNI e Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), verificaram que a VNI era mais segura, pois diminuía o tempo de ventilação, a infecção associada à VMI e consequentemente o tempo de internamento em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

No entanto, a seleção das pessoas com exacerbação de DPOC, às quais deverá ser aplicada esta terapêutica, necessitará, segundo a GOLD (2015), respeitar pelo menos um dos seguintes critérios: “acidose respiratória (ph arterial $< 7,35$ ou $\text{PaCO}_2 \geq 6$ kPa, 45mmHg); dispneia grave com sinais de fadiga dos músculos respiratórios, aumento do trabalho respiratório ou ambos; uso dos músculos acessórios da respiração, respiração paradoxal ou retração dos espaços intercostais” (p. 43).

Neste âmbito, Ferreira e Santos (2008) referem, que a VNI será tanto mais eficiente e segura, quanto forem respeitados os critérios de seleção das pessoas, o início precoce e a observação dos parâmetros de falência. Para Cross (2012) a evidência de alguma melhoria, deve ocorrer dentro de 1 a 2 horas, se tal não acontecer, deve ser considerada a entubação e VMI.

Segundo Ferreira et al. (2009) como qualquer terapêutica, não é isenta de complicações, sendo as mais comuns: desconforto da máscara, congestão nasal, perda de integridade cutânea facial, distensão abdominal, risco de aspiração do conteúdo gástrico, distúrbios no padrão de sono e conjuntivites. E para Jurjević et al. (2009), desvantagens como a necessidade de um maior número de recursos humanos e ineficaz proteção da via aérea.

Em qualquer discussão acerca do local onde implementar a VNI verifica-se que depende muito do nível de preparação da equipa e da monitorização. No entanto, em situação aguda da patologia respiratória, para Plant, Owen e Elliott (2000), é indiscutível que seja aplicada numa UCI, pois esta contém características específicas que permitem cuidar da pessoa com necessidade de suporte VNI, com uma maior margem de segurança. Pois, segundo a GOLD (2015), é onde existem recursos mais adequados (pessoal habilitado e disponibilidade de material e equipamento), para identificar e gerir a falência respiratória com sucesso. Tendo por base a ideia divulgada por Nozawa et al. (2008), que a UCI nos deverá remeter para um conjunto de pessoas em situação crítica que necessitam de um ambiente com tecnologia avançada e uma equipa interdisciplinar experiente e com competências específicas.

Por outro lado, também a RR constitui, segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS, 2009) e a GOLD (2015), uma abordagem terapêutica segura, eficaz e barata, baseada numa intervenção global e multidisciplinar, cujos objetivos são: reduzir os sintomas; otimizar a funcionalidade e, aumentar a participação física e emocional nas AVD; estabilizar ou regredir as manifestações sistémicas; melhorar a qualidade de vida; e reduzir os custos em saúde. Para tal, deve incidir no treino ao esforço (treino da resistência e força muscular dos membros superiores e inferiores), na educação, na integração psicossocial e na nutrição (DGS, 2009).

Farias et al. (2014), neste sentido, realizaram um estudo randomizado controlado, com 72 pessoas com DPOC, para avaliar os custos/benefícios de um programa de RR (caminhada aeróbica de 40 e posteriormente 60 minutos), e concluíram que após o programa, as pessoas apresentavam maior tolerância ao exercício, redução dos sintomas, aumento da força e da massa muscular e melhoria da qualidade de vida, bem como, redução dos custos em saúde.

Neste âmbito, Diez (2012), refere que é da competência e responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), a elaboração de programas de RR adaptados às necessidades da pessoa com DPOC, a sua implementação, e orientação das equipas na consecução dos mesmos. Para Alves et al. (2010), esses programas deverão ter ênfase na Reeducação Funcional Respiratória (RFR), com o objetivo de manter a permeabilidade das vias aéreas, prevenir/corrigir defeitos ventilatórios, diminuir a sobrecarga muscular, melhorar a tolerância ao esforço, e prevenir/corrigir defeitos posturais, á qual se pode aliar a VNI. Para Moreno, Corso e Malaguti (2007), esta complementaridade contribui, em grande medida, para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

Numa UCI, a atuação do EEER junto da pessoa num estágio avançado da DPOC, ou com exacerbação da doença, reveste-se de grande importância, sendo a sua intervenção dirigida á otimização da função respiratória, através de um programa de RFR, e adesão e sucesso da VNI. Deste modo, torna-se vantajoso que este enfermeiro alie ao programa de RR a VNI. Porque tal como nos mostram Dyer et al. (2011), num estudo controlado, realizado em duas fases, com 12 e 60 pessoas respetivamente, com exacerbação da DPOC sob VNI, submetidas a um ciclo de exercício de 5 minutos (em bicicleta estática), a VNI melhora a tolerância ao

exercício, reduz a hipoxémia induzida pelo exercício e melhora o resultado da RR. Também Ricci et al. (2014), ao realizarem uma meta-análise sobre o treino físico e a VNI na pessoa com DPOC, constataram que o uso da VNI, aliada ao exercício físico, tem sido proposta como uma estratégia alternativa para melhorar a função respiratória, a tolerância ao esforço e a performance cardiovascular.

Segundo Sousa e Duque (2012) a intervenção do EEER, neste contexto, processa-se em três fases: antes de se instituir a VNI, durante a sua implementação e na preparação do regresso a casa. Em todas estas fases o EEER deve informar, apoiar, e avaliar a pessoa, realizando diagnósticos de enfermagem, planeando intervenções e avaliando os resultados das mesmas.

Na primeira fase o EEER incide a sua atuação na RFR, com o objetivo de “reduzir o medo e a ansiedade”, “diminuir o trabalho respiratório”, “melhorar as trocas gasosas” e “mobilizar e eliminar secreções” (Sousa & Duque, 2012, p.220).

Na segunda fase, a sua atuação pretende “promover a participação e adesão da pessoa ao programa” de RFR instituído de modo a “melhorar a relação ventilação/perfusão” e promover a sua “adaptação á interface e ao ventilador” (Sousa & Duque, 2012, p.220/221).

A terceira fase, ocorre após a estabilização da situação clínica da pessoa. E nesta fase, o EEER deverá preparar a pessoa para o regresso a casa com ou sem VNI. Por um lado, se a pessoa não necessitar de VNI, a sua intervenção irá no sentido de ensinar e motivar a pessoa a manter o programa de RR e de a encaminhar para o EEER da equipa de cuidados continuados integrados (ECCI). Por outro lado, se necessitar de VNI, o EEER deverá incidir a sua intervenção no “ensino sobre os cuidados relativos á pessoa e inerentes ao ventilador”, e estabelecer articulação entre a entidade responsável pelo fornecimento e manutenção do equipamento, a ECCI e a pessoa/família (Sousa & Duque, 2012, p.224).

A preocupação de desenvolver intervenções de enfermagem de reabilitação (ER) nestas três fases, surge no sentido de minimizar as complicações, reverter a situação clínica, e protelar ao máximo a VMI, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com DPOC submetida a VNI, internada em UCI, e redução dos gastos em saúde através da diminuição do tempo de internamento.

Com as constantes alterações de dinâmicas e paradigmas da sociedade atual e das instituições, nomeadamente no que concerne à componente económica, esta temática reveste-se de uma grande importância, podendo o EEER, intervir neste contexto para produzir ganhos em saúde.

Neste sentido, verificamos em contexto de trabalho, UCI - Neurocríticos, uma mudança organizativa, direcionada para a vertente economicista dos cuidados, e neste sentido, sempre que existem camas vagas, acolhe pessoas com as mais diversas patologias, nomeadamente do foro médico, sendo as mais prevalentes, as doenças respiratórias crónicas. Estas, muitas vezes necessitam de tratamentos específicos, como a VNI, com a qual, não nos encontramos “familiarizadas”. Também as reflexões sobre a ação e os cenários projetados em sala de aula criaram, a necessidade de desenvolver competências na área da RR. Daí ter surgido o interesse em aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área de intervenção de ER à pessoa com DPOC submetida a VNI, em contexto de UCI.

Por outro lado as Ciências da Saúde têm, nos últimos anos, vindo a sofrer uma importante evolução e desenvolvimento colocando novos desafios, tanto no domínio da prestação de cuidados de saúde diferenciados, céleres e de elevada qualidade, como no da formação contínua dos seus profissionais. A Enfermagem, área fulcral das Ciências da Saúde tem naturalmente acompanhado a evolução das exigências crescentes pelo que a aposta tem sido feita na formação dos enfermeiros, nomeadamente dos Enfermeiros Especialistas.

Pereira (2014) refere, que cabe, ao EEER em UCI, requerer aprendizagens teóricas e práticas que lhe permitam progredir de proficiente a perito e enriquecer como pessoa, e como profissional, tendo sempre em conta que a prática baseada na evidência, é algo que não deve ser descurado.

Ser EEER implica ser perito na sua área, ou seja, ser detentor de um conhecimento aprofundado no domínio específico da Reabilitação, capaz de deter competências que lhe permitam efetuar um julgamento clínico e uma tomada de decisão nos vários contextos de intervenção e de prestação de cuidados de saúde. Dada a saúde estar em constante inovação e investigação, surge a necessidade de uma constante atualização de conhecimentos e de práticas para se promover e atingir a excelência do cuidar. Para tal, no âmbito da Unidade Curricular de Estágio, inserida no Plano de

Estudos do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi proposta a realização de dois estágios, que culminaram na elaboração deste relatório.

Tivemos por base uma problemática previamente definida no projeto de estágio, que foi: de que forma é que o EEER pode intervir na melhoria da qualidade de vida da pessoa com DPOC submetida a VNI, em contexto de UCI, não descurando a importância da família em todo este processo.

Com a realização deste relatório pretendemos demonstrar de que forma o EEER, de acordo com a sua especialidade, consegue marcar a diferença nos cuidados, na evolução clínica e no bem-estar da pessoa e sua família. E ao mesmo tempo descrever como é que este enfermeiro cuida destas pessoas numa UCI e na comunidade, que estratégias utiliza, que benefícios reais constata, como envolve a equipa interdisciplinar, e com que constrangimentos se depara. De forma a transpor, toda esta aprendizagem para o contexto de trabalho, para assim, intervirmos de forma proficiente perante a pessoa com DPOC submetida a VNI.

Para tal definimos, como principal objetivo de estágio:

- *Desenvolver competências de enfermagem de nível especializado na área da RR, à pessoa com DPOC submetida a VNI, em contexto de UCI.*

Para a consecução do primeiro objetivo realizámos um estágio, de nove semanas, na Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR) de um Hospital Central, área direcionada para a temática do projeto de formação.

Com vista a desenvolver as restantes competências preconizadas para o EEER, realizámos também um estágio, de nove semanas, em contexto de saúde comunitária, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), de modo a dar resposta ao segundo objetivo:

- *Desenvolver competências de enfermagem de nível especializado na área da reabilitação sensoriomotora e de eliminação, em contexto de saúde comunitária.*

Como referentes norteadores do nosso percurso, recorreremos aos documentos emitidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE), nomeadamente no que concerne às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do EEER, bem

como ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e ao Código Deontológico.

Como quadro de referência em Enfermagem, o Modelo Teórico elegido foi o de Virginia Henderson, pois para esta teórica a enfermagem tem como objetivo primordial ajudar a pessoa “doente ou saudável, na realização daquelas atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação, ou uma morte serena, que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou os conhecimentos necessários” (Henderson, 2007, p.3).

Este Relatório pretende descrever o processo de desenvolvimento pessoal e profissional ao longo dos dois campos de estágio. Destacamos como objetivos para a sua elaboração: descrever o nosso progresso, as aprendizagens, os pensamentos e reflexões, bem como as conclusões a que chegamos ao longo dos estágios, que foram tradutoras do desenvolvimento de competências especializadas de ER á pessoa e sua família em contexto hospitalar e comunitário.

Para a sua elaboração optamos por uma metodologia expositiva e descritiva numa sequência lógica, crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas, com vista ao cumprimento dos objetivos estabelecidos. Neste percurso, deparamo-nos com dificuldades sobre as quais refletimos e desenvolvemos estratégias de gestão e resolução.

Para melhor compreensão e visibilidade do trabalho desenvolvido ao longo dos estágios, aplicamos conceitos teóricos e práticos no contexto da Especialidade em ER, com ênfase nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista onde inserimos as Competências Específicas do EEER (OE, 2010a e 2010b).

Para facilitar a sua organização e leitura, pareceu-nos pertinente fazer a sua divisão em duas partes. Na primeira parte referenciaremos os passos efetuados ao longo do percurso da partilha de saberes e experiências até ao desenvolvimento de competências, com ênfase nas intervenções específicas de ER. Na segunda efetuaremos uma análise dos fatores facilitadores ou dificultadores deste caminho, de generalista a especialista.

Por último, apresentaremos as considerações finais que incidem sobre os ganhos adquiridos neste processo de aprendizagem, bem como a contribuição dos estágios para a melhoria da qualidade dos cuidados.

1. DA PARTILHA DE SABERES E EXPERIÊNCIAS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O exercício da Enfermagem exige uma prática profissional cada vez mais complexa e diferenciada permitindo crescentes níveis de saúde à população. A excelência do exercício é um caminhar permanente, uma procura constante que potencia a mudança de atitude sustentada na mobilização de conhecimentos. Deste modo, o enfermeiro para desenvolver competências terá necessariamente de mobilizar conhecimentos, face às situações, ganhando ênfase no ensino em contexto clínico.

Neste sentido, o Processo de Bolonha veio reorganizar o Sistema de Educação, permitindo que o paradigma de ensino baseado num modelo de passividade associado à transmissão de conhecimentos, desse lugar a um ensino baseado no desenvolvimento de competências. Leite (2006) refere que o aprofundar do conhecimento e aquisição de competências num domínio específico de Enfermagem resulta em profunda compreensão da pessoa e dos seus processos de saúde/doença, num amplo entendimento das respostas humanas a situações específicas e em intervenções de elevado nível, face às necessidades do indivíduo.

Segundo a OE (2010a, p.2) o Enfermeiro Especialista é

“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”.

Tendo por base esta definição, procurámos desenvolver um “conjunto de competências clínicas” dentro do “campo de intervenção especializado” da ER, nos diferentes contextos de estágio.

Também Benner (2001) mencionou que os domínios da prática de enfermagem envolvem competências e responsabilidades que devem ser adquiridas na formação inicial dos enfermeiros, mas desenvolvidas ao longo da vida profissional num caminho de iniciado a perito.

Neste capítulo do relatório, pretende-se refletir sobre o percurso realizado para o desenvolvimento de competências, tendo por base as atividades desenvolvidas, para atingir os objetivos inicialmente propostos no projeto de formação (Apêndice I).

Pretendemos durante o período de estágio, um aperfeiçoamento crescente na prestação de cuidados, no âmbito das Competências Comuns e Específicas do EEER. E deste modo tornarmo-nos, como sugere Leite (2006, p.4), profissionais reflexivos, capazes de “mobilizar todo um manancial de informação científica, técnica, tecnológica e relacional, alicerçado nos saberes providos da experiência”.

A filosofia de cuidados inerente ao desenvolvimento de competências foi a de Virginia Henderson (2007, p.XVI), e foi neste contexto que baseamos a nossa intervenção, pois segundo esta teórica, “os cuidados de enfermagem (...) aplicam-se não só a qualquer pessoa, como em qualquer contexto”, daí a importância de conhecermos tão diferentes contextos do cuidar.

Os locais de estágio foram selecionados de entre um conjunto de instituições com as quais a escola havia previamente estabelecido parcerias. A primeira opção foi direcionada para o tema do projeto, e foi a UCIR, em contexto hospitalar. A segunda opção foi a UCC, em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Por contingência de disponibilidade dos locais de estágio, o percurso foi iniciado na UCC. O principal objetivo deste estágio foi “*desenvolver competências de enfermagem de nível especializado na área da reabilitação sensoriomotora e de eliminação em contexto de saúde comunitária*”. Neste local de estágio foi-nos permitida a abordagem a outro tipo de patologias e de contextos que não a respiratória ou o hospitalar.

A EEER que orientou este estágio acompanhava essencialmente utentes com patologia cérebro vascular – Acidente Vascular Cerebral (AVC), referenciados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), pelas instituições hospitalares, por instituições de média e longa duração da rede ou por familiares/cuidadores, com necessidade de apoio e referências.

Numa segunda fase efetuámos estágio na UCIR, vocacionada para o tratamento de pessoas com patologia respiratória, em situação crítica, com falência ou insuficiência respiratória grave. A escolha deste campo de estágio prendeu-se com o facto de se tratar de uma UCI de um Centro Hospitalar de referência e ter a especificidade em doenças respiratórias, com especial valência em VNI. Este estágio foi mais direcionado para o tema do projeto e permitiu “*desenvolver competências de*

enfermagem de nível especializado na área da reabilitação respiratória, à pessoa com DPOC submetida a VNI”.

Estes estágios possibilitaram o desenvolvimento de competências, inerentes ao percurso para concretização da especialidade, tendo sido ricos em oportunidades de desenvolvimento do conhecimento, da prática e da reflexão sobre a ação em ER (Apêndice II).

Para melhor compreensão e visibilidade do percurso tentaremos seguidamente descrever quais os processos utilizados para o desenvolvimento de competências.

Como forma de organização, foram incluídas as Competências Específicas do EEER nos Domínios de Competências Comuns, onde considerámos terem maior destaque e relevância. Neste sentido, situámos a Competência J1 - “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (OE, 2010b, p.3) no Domínio da melhoria da qualidade, na medida em que o EEER para conceber, implementar e avaliar planos de intervenção especializados terá de criar e manter “um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2010a, p.7).

As restantes Competências do EEER, J2 – “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a inserção e exercício da cidadania; e J3 – “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2010b, p.4), foram incluídas no Domínio da gestão dos cuidados por estarem relacionadas com a otimização da resposta de enfermagem e da equipa de saúde e adequação dos recursos às necessidades de cuidados, garantindo a segurança e qualidade dos mesmos (OE, 2010a). Ainda neste domínio, foi tida em conta a divisão das Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) efetuada por Henderson (2007), e deste modo associadas as NHF de ordem fisiológica à Competência J3, porque o enfoque é dado aos programas de treino motor e cardiorrespiratório, competência desenvolvida essencialmente em contexto hospitalar. E as NHF de ordem psicológica, de comunicação e aprendizagem associadas à Competência J2, porque a abordagem vai no sentido da adaptação da pessoa às suas limitações, maximizando a sua autonomia e promovendo a sua reinserção social. Competência desenvolvida essencialmente no estágio da comunidade.

Tendo por base o projeto de formação, no qual tentámos imprimir uma linha de pensamento que partiu da necessidade de conhecer os locais de estágio, bem como a atuação do EEER, nesses contextos, para integrar e desenvolver as competências preconizadas, tendo por base a avaliação das necessidades de cuidados de ER à pessoa/família a cuidar, com vista a elaborar um programa de intervenção, implementá-lo e avaliá-lo. Deste modo, iremos efetuar uma abordagem crítica e reflexiva das atividades/estratégias, utilizadas para atingir os objetivos, salientando a sua relevância e adequação.

Apesar do percurso de estágio ter sido iniciado na UCC, as atividades serão descritas, com abordagem inicial no estágio da UCIR, na medida em que correspondem ao foco central do projeto de estágio.

Para o desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal** (OE, 2010a) criámos inicialmente dois objetivos:

- *Conhecer a dinâmica organizacional e funcional dos locais estágio, com ênfase na metodologia de trabalho, do EEER;*
- *Compreender a atuação do EEER junto da pessoa/família a cuidar, e a sua articulação com a equipa interdisciplinar em contexto de UCI e de comunidade.*

Como ponto de partida da dissertação, temos de efetuar uma ressalva referente ao projeto inicial, na medida em que ao longo do desenrolar das experiências vivenciadas e das reflexões sobre a ação, compreendemos agora haver lugar há sua reformulação. As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foram transversais a todos os objetivos e dentro destes a todas as atividades, não se cingindo apenas aos objetivos acima descritos. Neste âmbito serão descritas ao longo desta narrativa algumas situações e reflexões que contextualizarão estas permissas.

Não desvalorizamos, no entanto, o facto de que para desenvolver, uma prática profissional e ética, e promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos no campo de intervenção da ER teremos, em primeiro lugar, de conhecer os locais, as dinâmicas e os contextos onde vamos realizar as nossas intervenções, e em segundo, compreender a importância da uma atuação especializada.

Para desenvolver as competências preconizadas, realizámos algumas atividades que permitiram a integração nos locais de estágio, na equipa de enfermagem e multidisciplinar. E através da observação e reflexão compreendemos a atuação do EEER nestes contextos e nestas equipas. Apesar de se tratarem de campos de estágios completamente diferentes, as atividades desenvolvidas foram muito similares, embora com diferente duração.

Pelo facto de o nosso exercício profissional, se ter centrado no internamento hospitalar, maioritariamente em UCI, a integração na UCIR foi facilitada. Apesar de tratar-se de um ambiente afeito ao nosso quotidiano profissional, o nosso “papel” alterou-se bastante, deixando de ser o de enfermeiro generalista para passar a ser o de especialista. Comparativamente no estágio da UCC, o cumprimento dos objetivos iniciais foi mais moroso e complexo, pois apenas tínhamos conhecimento de uma ínfima parte da intrincada dinâmica dos CSP, pelo que nesta área nos deparamos com alguns constrangimentos pessoais na integração (Apêndice IX – Reflexão I).

Em contexto de integração foram efetuadas reuniões informais com as enfermeiras orientadoras (EO), bem como uma visita aos locais de estágio, onde nos deram a conhecer os espaços físicos, recursos humanos (parcos em EEER) e materiais. Nestas circunstâncias, houve oportunidade de conhecer e manusear materiais e equipamentos relacionados com a reabilitação e com a VNI, com os quais nos encontrávamos pouco familiarizadas.

As dinâmicas organizacionais e funcionais e a sua interligação com outros serviços, foi outras das áreas que nos foi apresentada, que no caso da UCIR estava muito vinculada ao internamento (serviços de onde e para onde eram reencaminhados os utentes, serviços de apoio) e, na UCC eram maioritariamente recursos partilhados do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e da comunidade, com os quais tivemos a oportunidade de estabelecer interação. Foi facultada neste processo, diversa bibliografia respeitante á organização e funcionamento das unidades, projetos em desenvolvimento no âmbito da ER, como o da avaliação da disfagia na UCIR e o da ergonomia e prevenção de lesões músculo-esqueléticas dirigido a assistentes domiciliárias na UCC.

Também tivemos acesso aos processos dos utentes, e aos impressos para registos de ER, na UCIR, bem como á base de dados da RNCCI e ao serviço informatizado de apoio á prática de enfermagem (SAPE) da ECCI, na UCC.

Este percurso foi muito importante na medida em que permitiu a integração nos contextos de estágio, e compreensão das suas dinâmicas funcionais, como o circuito do doente, a articulação com os outros serviços ou recursos, a dinâmica da equipa interdisciplinar, bem como a intervenção do EEER nesse contexto.

A análise e discussão do projeto de estágio, com as EO, foi também um momento de troca de conhecimentos e experiências, constituindo em si uma oportunidade de aprendizagem e de despertar para a reabilitação.

Na UCIR, surgiu a oportunidade de participar em reuniões de passagem de turno e de ocorrências de enfermagem e também da equipa médica, o que possibilitou a apreensão de inúmeras informações úteis sobre os utentes, suas patologias e seus tratamentos, a serem posteriormente aplicados nos planos de intervenção.

Na UCC a participação em reuniões multidisciplinares da ECCI e da Equipa Local de Intervenção Precoce, permitiu também conhecer a intervenção desta equipa na comunidade, junto das pessoas/famílias, bem como o importante papel do EEER em todas as áreas de intervenção. Compreendemos, a necessidade imperiosa destas articulações entre a equipa e os recursos da comunidade, nas reuniões concertadas da UCC (cujá coordenadora era a EEER) com a direção do ACES, a Câmara Municipal e entidades privadas locais, onde se discutiam programas de intervenção dirigidos a problemas sociais e de saúde, em que a visão do EEER era uma mais-valia, em programas como a prevenção de lesões músculo-esqueléticas e as quedas nos idosos, entre outros.

Tivemos a oportunidade de acompanhar uma colega da ECCI na visitação domiciliária, onde nos foi permitido desenvolver, com alguns utentes, estratégias de reabilitação, quer dando conselhos sobre posicionamentos, quer fazendo treino de marcha (a uma utente submetida a artroplastia da anca) ou estratégias de redução de complicações como a hiperalgesia ou os encurtamentos tendinosos (numa utente com amputação acima do joelho).

Nestes contextos, compreendemos a importância do EEER no seio de uma equipa de enfermagem e interdisciplinar, ao incutir nestes não só a necessidade de efetuar

cuidados gerais e curativos, mas também de prevenção de complicações respiratórias, como a pneumonia associada à ventilação, músculo-esqueléticas e osteoarticulares, como as posições viciosas e os padrões espásticos, entre outras, e ensino aos utentes e famílias. Verificámos neste sentido que os colegas se encontravam sensibilizados para estes aspetos, pois em contexto hospitalar, faziam levantes diários aos utentes, incentivavam o treino de marcha e de AVD e na comunidade efetuavam ensinamentos aos familiares sobre posicionamentos em padrão antispástico, e quando reconheciam nestes algum potencial de reabilitação ou alguma necessidade específica de cuidados os reencaminhavam para a EEER.

Tal como nos refere Pereira (2014, p.67), num estudo exploratório descritivo efetuado a EEER de UCI de um Hospital Central, “a partilha de experiências com os colegas, como objetivo privilegiado para melhorar a prática profissional” é um dos enfoques da intervenção profissional especializada em ER, onde a prática baseada na evidência é fundamental para tomar decisões adequadas e fundamentadas cientificamente. Ainda para este autor, as competências do EEER numa UCI são fundamentais, pois permitem “corrigir as posturas incorretas, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária e minimizar as incapacidades instaladas” (Pereira, 2014, p.69).

No entanto, apesar desta perspetiva reconhecemos, que só a competência do enfermeiro em contexto hospitalar, não suprime todas as necessidades da pessoa/família, sendo por isso fundamental uma eficiente articulação com os serviços da comunidade, que forneçam cuidados continuados, onde estas pessoas residem, para que ocorra a sua plena reinserção na sociedade.

Compreendemos agora que o EEER detém um lugar privilegiado nas UCC devido às múltiplas oportunidades que tem de conhecer os utentes e famílias e os seus «estilos de vida» durante o atendimento das suas necessidades de saúde, assim como dos recursos comunitários. Estas oportunidades conferem-lhe o papel de agente facilitador da mudança que se pretende efectuar.

O contributo do EEER em contexto de CSP é, segundo Alves (2014, p.75), “o desenvolvimento de habilidades e capacidades funcionais” na pessoa, “a recuperação e o desenvolvimento da autonomia, a reintegração familiar e social, sem nunca a excluir do seu contexto sociofamiliar”. No seu estudo qualitativo

efetuado a utentes dos cuidados domiciliários, Alves (2014, p.75) concluiu que, “o que distingue os cuidados de ER é o tipo de intervenção que faz quando presta cuidados á pessoa dependente e família”, porque “envolve as pessoas no seu programa terapêutico e é este envolvimento/participação no processo de reabilitação, com vista á autonomia, que conduz a uma maior satisfação das pessoas atendidas”.

Creio que para além das particularidades dos contextos de estágio, apercebemo-nos da sua importância na equipa de enfermagem, como elemento dinamizador e de referência, e na equipa multidisciplinar, na medida em que para além do cuidar á pessoa e família, também se articula com outros elementos, nomeadamente, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta da fala, psicólogo, dietista e médicos.

Foi aprazível verificar que toda a equipa tanto na UCIR, como na UCC tinham em conta a opinião desta especialista em situações concretas dos utentes, nomeadamente no respeitante ao estabelecimento do início do programa de reabilitação, do encaminhamento para outros profissionais (como o terapeuta da fala ou dietista) ou o prolongamento do internamento por necessidade de adaptação á VNI ou de ensino.

No cumprimento destes objetivos sentimos necessidade de aprofundar e mobilizar conhecimentos na área da RR nomeadamente no que concerne á pessoa com patologia respiratória obstrutiva e VNI, bem como na área sensório-motora e de eliminação, respeitante á pessoa com AVC e lesão vertebro medular (LVM).

Na UCI, onde o carácter urgente e emergente das situações clínicas condiciona muitas vezes a atuação do profissional de saúde, dirigida á recuperação da doença, esquecendo que a pessoa é um ser bio-psico-socio-cultural e espiritual. Cabe ao enfermeiro cuidar da pessoa de uma forma holística, isto é, tendo em conta todas as suas dimensões. Segundo Henderson (2007, p.4) “se a condição do doente é crítica, este pode pedir que tomem decisões por ele mas nunca pode sentir que está á mercê dos outros”, mas se a pessoa encontra-se “na posse das suas faculdades intelectuais deve sempre sentir que a escolha é sua”. Neste contexto nem sempre foi fácil colocarmo-nos na “pele” do utente e conhecermos não apenas o que ele precisava, mas sobretudo o que ele queria para manter a vida e readquirir a sua saúde.

Na comunidade este processo de responsabilidade profissional e ética foi mais facilitado porque o utente e família encontravam-se no seu meio sociofamiliar, e tinham mais recursos para fazer cumprir as suas escolhas, referentes aos cuidados de saúde. No entanto, em ambos os contextos, tentámos apoiar as nossas intervenções no respeito pela dignidade da pessoa. Pois tal como referiu Renaud (1999, p.141) “a dignidade é um conceito ético porque enquanto qualidade, ela qualifica o ser humano como portador de respeito”.

Para desenvolver competências no **Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**, onde incluímos a Competência Específica J1 - **“Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”** (OE, 2010a e 2010b, p.3), elaborámos os seguintes objetivos:

- *Identificar as necessidades específicas de intervenção de ER;*
- *Formular diagnósticos de ER com vista à elaboração de um plano de intervenção.*

Para Hoeman (2000) antes de se estabelecer um programa de reabilitação é necessário fazer uma avaliação inicial detalhada, em que o EEER recolhe dados da pessoa a cuidar, tendo em conta a sua situação e as suas necessidades. Neste sentido e de forma a ir de encontro á linha de pensamento de Henderson (2007, p.XVI) em que “o princípio de fazer das NHF o fundamento dos cuidados de enfermagem, pode ser um guia para a promoção da saúde, bem como para cuidar na doença”, tentámos sempre iniciar o programa de reabilitação com uma cuidada avaliação do utente/família, com enfoque nas NHF. Isto porque reconhecemos que a melhoria da qualidade envolve a compreensão e a gestão do ambiente centrado na pessoa, e que para tal é imprescindível efetuar uma análise da situação e do seu contexto e uma revisão das práticas em relação aos seus resultados, para implementar programas de melhoria contínua que promovam a envolvimento adequada ao bem-estar da pessoa/família.

Para tentar cumprir os objetivos acima descritos e desenvolver as competências preconizadas, recolhemos informação sobre os utentes, inicialmente através do processo clínico (e meios complementares de diagnóstico), muito inacessível por se encontrar permanentemente na posse dos médicos ou administrativos na UCIR e

inúmeras vezes muito incompleto por conter apenas as cartas de alta hospitalares, ou cópias de exames complementares de diagnóstico fornecidas pelos utentes/família, na UCC.

Na UCIR a observação/avaliação física inicial dos utentes foi uma grande mais-valia, na medida em que nos permitiu conhecer a complexidade e singularidade da pessoa, bem como identificar as respetivas NHF afetadas e as carências em cuidados de ER, pois veio validar a informação previamente conhecida (através do processo clínico e meios complementares de diagnóstico) e fornecer valiosas informações, para a formulação de diagnósticos de ER, com vista à implementação de planos de intervenção mais concretos, objetivos e personalizados.

A par da observação das radiografias do tórax, a auscultação pulmonar foi um dos pontos fulcrais da nossa atenção, por se tratar de uma técnica que não dominávamos e que pouco tivéramos oportunidade de praticar em contexto comunitário. No desenrolar do estágio pensamos ter conseguido, com a ajuda da EO e dos EEER do local de trabalho, melhorar a interpretação dos exames complementares de diagnóstico, bem como a técnica de auscultação pulmonar. Embora ainda sintamos algumas dificuldades na deteção de ruídos adventícios, consideramos que com a prática iremos conseguir aperfeiçoar-nos nesta área.

A UCIR, por se tratar de uma unidade em que os utentes se encontravam maioritariamente em situação crítica, tivemos oportunidade de aplicar alguns testes e escalas, em função da sua patologia e situação clínica, como por exemplo, escalas de avaliação do estado de consciência/sedação (Escala de *Glasgow e Ramsey*), da força e tônus muscular (Escala *Medical Research Council* e Escala modificada de *Ashworth*), da dispneia (Escala de Dispneia de *Borg* ou *Medical Research Council - MRC*), e da disfagia (*Functional Oral Intake Scale*). A dificuldade nesta fase prendeu-se com a incapacidade de colaboração dos utentes para aplicação de escalas mais subjetivas e que demonstrassem as suas reais necessidades. Este facto foi contornado com avaliações efetuadas em diferentes fases do internamento e do programa de reabilitação, com escalas adaptadas ao estágio de recuperação/participação do utente, ou seja, na fase aguda foram aplicadas escalas que não necessitavam da participação do utente como a escala de avaliação da consciência ou do tônus muscular, e à medida da recuperação e das necessidades

do utente foram aplicadas escalas que permitiam uma autoavaliação por parte deste, como as escalas de avaliação da dispneia, ou da disfagia.

Na UCC, a realidade encontrada foi bastante diferente, pois foram sentidas muitas dificuldades iniciais, pelo constrangimento de entrar no domicílio dos utentes e depararmo-nos com as suas inúmeras limitações físicas, cognitivas, psicológicas, sociofamiliares e económicas e familiares/cuidadores extremamente idosos, também com incapacidade de satisfação das suas próprias NHF. Apesar disso, toda esta diversidade permitiu aplicar inúmeros instrumentos de colheita de dados para além dos anteriormente descritos, como o exame neurológico completo nos utentes com AVC, que contemplou a avaliação do estado mental (consciência, orientação, atenção, memória, capacidades práxicas, negligência hemi-espacial unilateral e linguagem), dos pares cranianos, da motricidade (força muscular, tónus, coordenação motora), da sensibilidade (superficial e profunda) e do equilíbrio (estático e dinâmico) (Apêndice III); e avaliação da funcionalidade (Medida de Independência Funcional e Índice de *Barthel*). Em utentes com patologia respiratória, para além da avaliação da dispneia, foi possível avaliar a sua perceção de qualidade de vida face à doença (Escala *London Chest Activity of Daily Living* e Questionário do Hospital *Saint George* na Doença Respiratória - SGRQ). Em outro utente com LVM houve oportunidade de efetuar avaliação neuro-motora (*Standard Neurological Classification Of Spinal Cord Injury*).

Kelly-Hyes (2000, p.161) expressa a importância de uma apreciação de ER baseada em avaliações específicas, tendo por base “instrumentos refinados que produzam dados fiáveis e válidos”, que possam “contribuir de forma significativa para o processo interdisciplinar” sendo uma mais-valia para o utente e para a comunicação dentro da equipa de reabilitação, influenciando diretamente no diagnóstico, intervenção e nos resultados específicos de reabilitação.

O uso de instrumentos de recolha de dados específicos, em ER, visou por um lado documentar as informações de forma objetiva, científica e compreensiva, referentes à identificação das necessidades individuais. E por outro, facilitou a compreensão das respostas dos utentes face à sua doença/incapacidade, permitiu o estabelecimento de diagnósticos e a determinação de intervenções de ER, com vista a uma assistência individualizada e direcionada aos seus reais problemas.

A entrevista efetuada aos utentes e/ou familiares, foi também um valioso instrumento de recolha de dados, porque para além de nos dar resposta a questões que considerávamos importantes, em termos de antecedentes pessoais e familiares, hábitos de vida, e dimensões de qualidade de vida afetada, permitiu observar comportamentos, atitudes e sentimentos.

Em todos estes processos de recolha de dados, foram respeitados os valores éticos e morais do exercício da responsabilidade profissional, na medida em que tivemos em conta, reconhecemos e respeitámos “o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida” (OE, 2003, p.23), não invadindo o seu espaço, ou privacidade, sem o seu expresso consentimento.

Neste contexto houve necessidade de criarmos um guia de recolha e registo de dados que contemplasse, para além dos dados de identificação pessoal dos utentes, antecedentes pessoais e familiares, historia da doença atual, contexto social, exame físico e levantamento minucioso das NHF (Apêndice IV), bem como um rol de instrumentos que permitissem avaliar as diferentes dimensões da pessoa, com vista á elaboração de um plano de intervenção personalizado.

Também a discussão dos planos de intervenção, aferição e esclarecimento de dúvidas com as EO permitiu melhor adequar e individualizar os cuidados dada a sua vasta experiência, pois para além de especialistas, eram ambas também peritas na sua área de intervenção. Segundo Davies (1996) mencionado por Menoita (2012, p.40) “existem problemas que não são facilmente identificados, por não serem visíveis, daí a importância de um perito, treinado na avaliação contínua, detalhada e perspicaz”.

No processo de recolha de dados, diagnóstico e elaboração do plano de cuidados, tivemos por base a teoria de Henderson (2007, p.71), pois segundo ela, a avaliação das necessidades da pessoa exige “sensibilidade, conhecimento e julgamento e que a modificação dos procedimentos de enfermagem, mesmos os mais simples, de acordo com as necessidades individuais do doente, requerem um elevado grau de competência”.

Em contexto de UCI, os planos de intervenção visaram essencialmente, numa fase aguda, intervenções dirigidas á otimização da função respiratória, redução do risco de alteração da funcionalidade a nível das NHF fisiológicas (Respirar normalmente,

Comer e beber, Eliminar, Deslocar-se e Manter uma postura desejável, Dormir e descansar, Vestir-se e despir-se, Manter a temperatura corporal, Manter o corpo limpo e proteger os tegumentos e Evitar os perigos), e só numa fase de recuperação é que se dirigiram para a reeducação funcional cardiorrespiratória, motora, sensorial e cognitiva.

Na grande maioria das vezes sempre que se encontravam recuperados o suficiente para iniciarem programas de treino de autocuidado, ou treino motor e cardiorrespiratório, os utentes eram transferidos para a enfermaria, para outras instituições, ou para casa. Neste contexto, a relação enfermeira-utente era na fase aguda da doença, a de substituir a pessoa no que lhe faltava para se tornar completo ou independente, e durante a recuperação, a de ajudar a pessoa a readquirir a sua independência, tal como referiu Henderson (1958), mencionada por Tomey (2004).

Os programas elaborados nesta área tinham a particularidade de ser, numa fase inicial, um pouco “despersonalizados”, pois não permitiam uma verdadeira interação com os utentes, visto estes encontrarem-se numa situação crítica ou sedados. No entanto, com o progredir da recuperação permitiam conhecer melhor o utente, em termos de necessidades, limitações e capacidades e com ele discutir as intervenções preconizadas, e adequá-las ao estágio da sua doença ou da sua participação. Mas em qualquer das fases não deixavam de ser discutidas com a EO.

Por outro lado, a perspetiva comunitária contemplou a oportunidade de capacitar a pessoa/família para lidar com as suas limitações, tornando-a independente na satisfação das suas NHF, maximizando a sua autonomia e reinserção social. Neste contexto, o método de trabalho foi centrado na pessoa e não na doença e em vez de “fazer por”, Henderson (1958) mencionada por Tomey (2004) considera a enfermeira e o utente como parceiros, formulando em conjunto o plano de cuidados, pelo que procurámos adotar estratégias que permitissem dotar o utente e a sua família de capacidades, de conhecimentos e perícias que lhes possibilitassem, a longo prazo, cuidar deles próprios. Para Hesbeen (2003, p.75), a ER torna “possível à pessoa que recebe cuidados e à que os presta, caminharem juntas, fazerem determinado percurso comum”, percorrendo o caminho da pessoa doente e não o do profissional que presta cuidados.

O desenvolvimento de competências do **Domínio da Gestão dos Cuidados**, onde inserimos a Competência Específica do EEER J2 - “**Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a inserção e exercício da cidadania**” e J3 – “**Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**” (OE, 2010a, e 2010b, p.4), foi para nós também essencial, e para esse efeito elaboramos os seguintes objetivos:

- *Implementar as intervenções de ER planeadas, integradas no plano global de cuidados;*
- *Avaliar os resultados das intervenções implementadas, com vista á sua reformulação se necessário.*

A implementação dos programas de intervenção como forma de dar cumprimento ás anteriores competências comuns e específicas, implicou em todas as situações e nos diferentes contextos, uma vasta pesquisa bibliográfica e fundamentação teórica, bem como uma constante interação e troca de ideias com as EO. Também neste sentido houve necessidade de efetuar troca de informações, opiniões e conhecimentos com outros elementos da equipa multidisciplinar, essencialmente enfermeiros, mas também médicos, fisioterapeutas, dietistas, terapeuta da fala e assistente social.

Foi-nos permitido em inúmeras ocasiões disponibilizar algumas informações e conhecimentos e colaborar em decisões da equipa multidisciplinar, como aconteceu na UCIR, quando foram solicitados esclarecimentos (da nossa área profissional) sobre um utente com patologia neurológica (grande mal epilético), que mantinha mioclonias constantes e ao qual foi requerida fisioterapia para reabilitação motora. Para além da nossa opinião, disponibilizamos bibliografia sobre o tema, quer á EO quer ao fisioterapeuta de apoio ao serviço. Esta situação concreta, tal como outras que foram decorrendo ao longo dos estágios permitiram otimizar não só os nossos conhecimentos, como os dos diferentes profissionais, em prol dos utentes.

Para Cordeiro e Menoita (2012, p.59)

“cada programa deve ser contextualizado e adaptado individualmente, tendo em conta multiplos fatores relacionados com a doença (fase evolutiva, estabilização/agudização, patologia associada), com a pessoa (grau de instrução e capacidade de aprendizagem,

situação socio-familiar e profissional), com o local de aplicação (ambulatório, internamento ou domicílio) e com os meios disponíveis”.

Na UCIR, aquando da implementação das intervenções de reabilitação tivemos sempre em conta a situação clínica do utente (estabilidade hemodinâmica, analítica, estado geral, nutricional), o seu plano global de cuidados, a avaliação médica (pneumologia, fisiatra), bem como os seus exames complementares de diagnóstico mais recentes (radiografia tórax, gasimetria), para podermos intervir com segurança e de forma a obter benefício para si. Neste sentido, muitas vezes foram suspensas algumas atividades ou efetuadas reformulações/adaptações do plano de intervenção por hipertensão arterial ou cansaço acentuado. Na UCC, a implementação das intervenções de reabilitação, dependeram em grande medida da capacidade e vontade de participação do utente/família e da importância destas para o seu bem-estar e qualidade de vida.

De forma a promover práticas de cuidados que respeitassem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, na medida do possível informámos, e solicitamos a colaboração do utente/família antes de cada procedimento, do que se ia realizar, como e porquê. Após o seu consentimento procedíamos à intervenção. Segundo o Código Deontológico (OE, 2003), o consentimento para os cuidados de saúde, decorre do respeito, da promoção e da autonomia da pessoa, estando ligado à autodeterminação, à liberdade individual, à escolha pessoal e vontade esclarecida.

Para Pessoa (2014, p.19) o EEER “desenvolve a sua tomada de decisão com a pessoa através da conceção de um plano de cuidados”, com base na “formulação do juízo diagnóstico, terapêutico e ético”. Neste sentido aquando da elaboração dos programas de reabilitação, com vista a incorporar uma prática integrante e de coparticipação entre EEER e utente/família, estes foram elaborados, sempre que possível, em parceria, isto é, os objetivos foram estabelecidos em conjunto, e tiveram sempre em conta as necessidades, limitações, capacidades e opiniões dos intervenientes neste processo, principalmente em contexto de UCC, por os utentes se encontrarem mais disponíveis, dada a fase de cronicidade da sua doença e proximidade da família/cuidadores.

Neste sentido, Branco e Santos (2010) referem que, compete ao EEER trabalhar em colaboração com o utente e família de modo a envolvê-los significativamente na

tomada de decisão, na recuperação da sua independência, bem como fornecer toda a informação, formação e apoio às pessoas envolvidas na prestação de cuidados.

A elaboração e posteriormente implementação de planos de intervenção tiveram por base o exaustivo levantamento das NHF afetadas nos utentes. Uma constatação efetuada, foi a de que em contexto de internamento a nossa intervenção se focou essencialmente nas necessidades do foro fisiológico, dada a gravidade do processo patológico dos utentes. Mas na comunidade foi dado mais ênfase á satisfação das necessidades psicológicas, de comunicação e aprendizagem.

Na UCIR a NHF mais afetada nos utentes aqui internados era sem margem de dúvida, a de Respirar normalmente, sendo a patologia mais prevalente a DPOC. Considerando que o enfoque do projeto foi a pessoa com DPOC, a GOLD (2015) menciona que esta patologia tem uma importante componente pulmonar, mas também comporta alterações extrapulmonares, que contribuem para a gravidade da doença. Para além da significativa limitação do fluxo aéreo por processo inflamatório das pequenas vias, alteração do parênquima pulmonar (destruição dos septos alveolares) e alteração na mecânica diafragmática, a DPOC está associada á ocorrência de doenças cardiovasculares, síndromas metabólicos, osteoporose, perda de peso, disfunção músculo-esquelética, depressão e neoplasia do pulmão (Cordeiro e Menoita, 2012). Também Henderson (2007, p.26), refere neste contexto que “a qualidade de saúde é afetada pelas caraterísticas da respiração”, pelo que a afeção desta NHF irá condicionar a satisfação de inúmeras outras.

Segundo Neto e Amaral (2003), cerca de 50% dos utentes sofrem de limitações nas suas AVD como consequência de défices respiratórios. Isto porque ao desenvolver um padrão respiratório ineficaz, manifestado essencialmente por dispneia, apresentam dificuldade na realização de atividade física, que a longo prazo cria um ciclo de descondicionamento físico.

Estes fatores condicionam algumas NHF como Movimentar-se e manter uma postura correta, por redução da força, massa muscular e capacidade aeróbica, ou Comer e beber adequadamente, Vestir-se e despir-se, Manter o corpo limpo, cuidado e proteger os tegumentos, por necessidade de assistência no autocuidado e no banho, dada a sua dispneia e cansaço (Neto & Amaral, 2003). A NHF Dormir e descansar, também se encontra afetada por quadros de ansiedade e depressão associados á

doença e muitas vezes por necessidade de VNI noturna, que numa fase inicial poderá provocar agitação e insónia (Fernandes, 2009). A componente psicológica da doença associada á intolerância ao esforço são fatores determinantes na satisfação da NHF de Participar em várias formas de recreação, na medida em que reduzem a participação da pessoa em atividades sociais e recreativas (Wilkins, Stoller e Karmark, 2009).

Por todos estes motivos, a DGS (2009) nas suas Orientações Técnicas sobre RR na DPOC, refere que estes utentes beneficiam da implementação de um programa individualizado de RR, delineado para atenuar os sintomas, melhorar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir os custos em saúde através da estabilização ou regressão das manifestações da doença.

Para desenvolver competências na área respiratória, a nossa intervenção incidiu em programas de RFR, sem nunca perder de vista a necessidade de satisfação das restantes NHF. Este processo, no internamento foi dividido essencialmente em dois períodos evolutivos dos utentes, a fase aguda e a de recuperação. Na fase aguda os utentes apresentavam insuficiências respiratórias globais ou parciais, com necessidade de VNI ou VMI, e monitorização permanente, isto devido essencialmente a agudização das suas doenças crónicas, por infeções respiratórias. Nesta fase a nossa intervenção foi direcionada para a otimização da função respiratória através da adesão e sucesso da VNI, como forma de reverter a insuficiência respiratória e prevenir a entubação orotraqueal e consequente VMI ou após a extubação prevenir a reentubação e melhorar e evolução clínica da pessoa.

Tal como refere a OE (2009, p.55)

“a reeducação funcional respiratória consiste num conjunto de procedimentos terapêuticos que têm como objetivo ensinar a pessoa a respirar de forma adequada, utilizando para tal o padrão respiratório diafragmático com menor esforço da musculatura acessória da respiração”.

A RFR é um tratamento adjuvante de extrema importância em todos os estádios da DPOC, uma vez que esta terapêutica baseada no movimento, vai atuar nos “fenómenos mecânicos da respiração, ou seja, sobre a ventilação externa e, através desta, tentar melhorar a ventilação alveolar” (Heitor et al., 1988, p.2).

Neste sentido, tivemos a oportunidade de aplicar diversas técnicas de RFR, que permitiram, tal como referem Heitor et al. (1988), reduzir a tensão psíquica e diminuir

a sobrecarga muscular, assegurar a permeabilidade das vias aéreas, prevenir e corrigir defeitos ventilatórios e alterações músculo-esqueléticas, melhorar a performance dos músculos respiratórios, e reeducar no esforço. Sendo estas, importantes atividades no processo de desenvolvimento de competências, a nível da maximização da funcionalidade, implicaram o estabelecimento de programas de treino respiratório, tal como a sua consequente avaliação.

O facto de a UCIR ser vocacionada para a VNI, foi uma enorme mais-valia, pois a equipa multidisciplinar encontrava-se muito desperta para as vantagens desta técnica e detinha vastos conhecimentos nesta área, permitindo-lhes desenvolvê-la com bastante segurança e dinamismo.

A diversidade de ventiladores (hospitalares e domiciliários), como de interfaces (máscaras faciais totais, faciais, nasais) permitia uma melhor adequação a cada pessoa e situação particular. As novas modalidades e parâmetros ventilatórios também contribuíam para uma melhor adaptação e tolerância por parte dos utentes, nomeadamente uma nova modalidade de AVASP (volume médio assegurado por pressão de suporte), por se tratar de um método revolucionário de fornecer a pressão de suporte necessária para atingir o volume corrente alvo (Philips Healthcare, 2015). Ou parâmetros como a rampa, que permitiam no início da ventilação obter um lento e progressivo aumento da pressão de inspiração até se atingir a pressão de suporte adequada, favorecendo uma fácil adaptação á progressão da doença e às necessidades específicas do utente, conseguindo um maior conforto e segurança.

Num estudo randomizado, realizado por Ornico et al. (2013), numa UCI de um hospital universitário, compararam a eficácia da VNI, aplicada imediatamente após a extubação planeada (em pessoas com mais de 3 dias de VMI), com a máscara de oxigénio, em utentes com insuficiência respiratória aguda. Concluíram que a VNI tem vantagens face á máscara, pois impede a reintubação e diminui a mortalidade hospitalar, se realizada imediatamente após a extubação planeada.

Comprovamos este facto, na UCIR, onde muitas vezes a VNI foi utilizada como medida de extubação precoce, nos utentes do foro respiratório, mas também nos do foro neurológico, e que tal aconteceu com bastante sucesso devido não só a uma equipa treinada, como também a uma intervenção precoce e atenta do EEER. Esta

constatação foi por um lado surpreendente, pois na nossa experiência profissional, os utentes com DPOC após um período de VMI são muito difíceis de desconectar da prótese ventilatória pelo agravamento que esta técnica provoca na mecânica diafragmática, já por si alterada. Por outro, a surpresa residiu no facto de um utente com uma patologia neurológica, ter sido extubado e conectado a VNI com tanto sucesso, pois pelo que nos tem sido dado a conhecer no nosso contexto de trabalho, levava-nos a crer que nos utentes com este tipo de patologia, fosse desaconselhada a implementação desta técnica, pois apesar de poderem apresentar estímulo respiratório, não detinham um estado de consciência que lhes permitisse aderir e colaborar (Apêndice IX – Reflexão VII).

O estágio nesta unidade proporcionou a oportunidade de desenvolver competências especializadas na área respiratória, na medida em que preparamos o utente para a VNI, numa fase de agravamento da função respiratória, na pós-extubação, bem como na otimização da respiração durante a VMI, VNI e oxigenoterapia.

Na fase de preparação para a VNI, quer por agravamento da função respiratória, quer na transição VMI – extubação, antes de iniciar o programa de reabilitação, tentámos sempre explicar ao utente os procedimentos a realizar, justificar a sua relevância para a sua situação clínica e a importância da sua colaboração, tendo em conta o seu estado de consciência e grau de participação. Foi ainda proporcionado um ambiente calmo e de confiança e efetuada uma parametrização dos sinais vitais (Costa e Coimbra, 2007).

Prestamos apoio e motivação, com o intuito de reduzir o medo e a ansiedade, e tal como preconizado por Heitor et al. (1988), promovemos posicionamentos de descanso e relaxamento, e massagens a nível dos músculos acessórios da inspiração e mobilização escapulo-umeral, que na fase de agravamento tiveram efeitos visíveis e muito benéficos para o utente, tal como a redução da tensão muscular e agitação psico-motora, e regularização da frequência respiratória.

Segundo Oliveira (2003, p.1003), “durante os episódios de descompensação aguda da DPOC, o objetivo da VNI é reduzir a hipercapnia através do repouso dos músculos respiratórios e do aumento da ventilação alveolar, estabilizando o pH até à resolução do problema subjacente á agudização”. Neste sentido refere ainda este autor, que “na tentativa inicial de aplicação de VNI deve haver uma atitude esforçada

no ensino e encorajamento do doente na aceitação desta modalidade terapêutica”, por parte dos enfermeiros, que deverão estar “treinados e familiarizados com os equipamentos, a sua aplicação e manutenção, assim como, com a monitorização e deteção precoce de complicações” (Oliveira, 2003, p.1004).

A melhoria da eficácia ventilatória, das trocas gasosas e da oxigenação, foi muitas vezes conseguida através do posicionamento no leito em *semi-fowler* ou sentado, bem como através da consciencialização e controlo da respiração com dissociação dos tempos respiratórios, tal como referem Canteiro e Heitor (2003). Nesta fase apesar de, muitas vezes, não termos conseguido uma eficaz colaboração do utente na técnica de inspiração nasal e expiração pela boca com os lábios semicerrados, a tomada de consciência e controlo da respiração foi um aspeto por si só muito importante, pois segundo Olazabal (2003), já permite á pessoa melhorar a coordenação e eficiência dos músculos respiratórios, melhorar a capacidade de controlar a sua respiração, contribuir para o relaxamento da porção superior do tórax e região escapulo-umeral e consequentemente relaxamento físico e psíquico, essenciais a uma ventilação eficaz com menor dispêndio de energia.

Também a associação de exercícios de respiração abdomino-diafragmática e treino diafragmático com resistência, contribuíram segundo Machado (2008, p.14) para “reduzir o trabalho respiratório e melhorar a ventilação pulmonar e a dispneia”. Estes exercícios foram realizados tendo por base as orientações de Heitor et al., (1988), isto é, através do estímulo a inspirações profundas e expirações lentas, com contração da musculatura abdominal, baseados no relaxamento dos músculos acessórios da respiração e maior excursão diafragmática e aplicados em todas as suas porções (posterior, anterior e hemicúpulas).

Foram ainda associadas a estas técnicas a reeducação costal global e seletiva, com pressão na expiração ou abertura costal (com apoio de bastão ou auto-mobilizações dos membros superiores), que como referem Cordeiro e Menoita (2012, p.78) “promove a expansão torácica, melhorando a distribuição e a ventilação alveolar” e segundo Machado (2008) em pessoas com hiperinsuflação pulmonar ou broncorreicas, como é o caso da pessoa com DPOC, permite a mobilização de secreções e melhoria na oxigenação pela desinsuflação.

Todas estas técnicas foram, sempre que possível, otimizadas pela terapêutica inalatória prévia, por ser uma via de eleição nas doenças respiratórias, pois como referem Taveira et al. (2003) a utilização de fármacos em aerossol proporciona uma elevada concentração destes nas vias aéreas, maximizando o efeito terapêutico pretendido.

No início do processo de VNI, juntamente com o enfermeiro responsável, seleccionámos as interfaces e ventiladores mais adequados às necessidades e características dos utentes, conectámo-los ao equipamento mediante os parâmetros pré-estabelecidos pelo médico, tendo em atenção uma boa adaptação do utente à interface e aos parâmetros ventilatórios. Também a vigilância e monitorização intensiva, eram uma preocupação constante nesta unidade, de modo a verificar a eficácia ventilatória, detetar precocemente sinais de exaustão respiratória, ou outras complicações que pudessem condicionar a eficácia e/ou tolerância à VNI. Neste sentido tentámos desenvolver intervenções especializadas de RFR, como as atrás descritas, que permitiram uma melhor adaptação e tolerância do utente à interface e à ventilação. A experiência na unidade de VNI permitiu-nos aprender a adaptar os exercícios de RFR, gerindo prioridades e optando por exercícios que fossem eficazes e que não obrigassem a um grande dispêndio de energia, pois os utentes poderiam facilmente entrar em exaustão ou falência respiratória.

Na fase aguda e durante a VMI e VNI, os utentes apresentavam-se muitas vezes broncorreicos ou com retenção de secreções brônquicas, por agudizações ou infeções respiratórias, o que condicionava grandemente o sucesso das técnicas de suporte ventilatório, pelo que assegurar a permeabilidade das vias aéreas, foi nestes casos uma prioridade. Deste modo, foram realizadas manobras de limpeza das vias aéreas que, numa primeira fase, consistiram em técnicas de facilitação do descolamento e progressão das secreções e posteriormente na sua expulsão. Liebano, Hassen, Racy e Corrêa (2009) referem que estas manobras favorecem a progressão das secreções desde os segmentos distais até aos grandes brônquios, para uma melhor expulsão, promovendo a limpeza das vias aéreas e melhorando as trocas gasosas, de forma a prevenir ou minimizar as complicações infecciosas (Apêndice VI – Plano intervenção IV).

Neste sentido, quando o utente se encontrava consciente e colaborante, promovemos uma adequada fluidificação das secreções, através da estimulação de ingestão de água, instilação de soro fisiológico por via nasal e administração de mucolíticos, pois tal como refere Olazabal (2003, p.1811) esta “é uma medida adjuvante essencial em caso de secreções espessas ou aderentes (...) que assim se tornam mais fluídas e se desprendem mais facilmente”. Seguidamente incentivámos a realização de movimentos respiratórios profundos com ênfase na expiração, aos quais por vezes associámos manobras de vibração e percussão. Foi estimulada a tosse dirigida e, quando para tal o utente não tinha capacidade a tosse assistida, e incentivada a expulsão das secreções, pois segundo Cordeiro e Menoita (2012, p. 95) a “tosse desempenha um papel primordial no mecanismo de limpeza das vias aéreas” pelo que o seu ensino “constitui uma componente essencial de um programa de RFR”.

Nos utentes sedados/inconscientes ou com incapacidade de colaboração foi dado ênfase também á fluidificação de secreções, quer através da hidratação entérica (por sonda nasogástrica), inaloterapia com aerossóis e atmosfera húmida e aplicação de mucolítico intra-traqueal. Prática corroborada por Fava (2003, p.274) ao referir que quando administrados diretamente na mucosa brônquica os mucolíticos mantêm as suas propriedades e “têm um efeito imediato na redução da viscosidade das secreções”, pois “quando administrada por via oral ou sistémica a sua passagem às secreções brônquicas é discutível”.

Foram efetuados neste encadeamento posicionamentos de drenagem postural, que segundo Canteiro e Heitor (2003) constituem uma intervenção de limpeza das vias aéreas, auxiliando a mobilização das secreções de um segmento pulmonar distal para as vias aéreas proximais, através da colocação da pessoa em diferentes posições, de modo a que o processo de drenagem ocorra por ação da gravidade.

Quase sempre, neste contexto, utilizámos posições modificadas dadas as comorbilidades e a instabilidade hemodinâmica dos utentes, associadas por vezes a manobras de vibração, percussão e compressão torácicas (na fase expiratória), seguidas de manobras expiratórias forçadas, quer manuais com compressão da base do tórax, quer com insuflador manual. Foi quase sempre necessária uma posterior aspiração de secreções, quer em circuito fechado quando o utente se

apresentava instável (com grave risco de hipoxémia) ou com risco de contaminação, ou em circuito aberto, quando não se verificava qualquer um destes riscos. Neste sentido, Olazabal (2003) e Cordeiro e Menoita (2012) referem que estas manobras associadas a exercícios respiratórios tornam-se mais eficazes no descolamento e eliminação de secreções e reduzem complicações pulmonares.

Foi-nos ainda permitido aplicar o *Cough Assist* como técnica facilitadora da limpeza das vias aéreas, num utente tetraplégico (por LVM a nível de C6 há mais de 30 anos) internado por Pneumonia, com uma capacidade respiratória muito limitada, o que concordou com o referido por Sousa e Duque (2012, p.222), em que “os ensinamentos de tosse (...) muitas vezes por si só não são suficientes para que ocorra uma tosse eficaz e é necessário associar outros métodos”.

Em todas estas técnicas tivemos sempre em conta o estado geral e hemodinâmico do utente, bem como a radiografia de tórax e principalmente a auscultação pulmonar antes e após as intervenções.

Também a prevenção e correção dos defeitos ventilatórios, posturais e deformações torácicas foi tida em conta quando face a uma utente com Derrame Pleural introduzimos a terapêutica de posição, posicionando-a para o lado contra lateral ao derrame e associando exercícios respiratórios abdomino-diafragmáticos e costais para, tal como referem Heitor et al. (1988), impedir a formação de aderências, corrigir posição antiálgica defeituosa, que já apresentava (para o lado da lesão), e recuperar a mobilidade costal e diafragmática, condicionada pelo derrame e pela dor. Nestes procedimentos foi solicitada à equipa médica um ajuste na analgesia, que permitisse a participação da utente nos exercícios, sem o condicionalismo da dor. Foi neste contexto importante observar ao longo do estágio, nos exames imagiológicos, a redução do derrame como consequência das medidas implementadas.

Na fase de recuperação, auxiliámos os utentes a readquirirem a sua independência, através da melhoria do trabalho respiratório, na transição VNI – oxigenoterapia, pela reeducação no esforço, com vista à alta. Sempre que possível e necessário, foi mantida a VNI, para melhorar a tolerância ao exercício e otimizar a RR. Neste sentido, Corner e Garrod (2010) efetuaram uma revisão da literatura onde constataram que a VNI pode permitir um aumento da intensidade e duração do

exercício durante a RR em utentes com DPOC moderada a muito grave (de acordo com as diretrizes da *American Thoracic Society*), resultando numa maior capacidade de exercício e treino prolongado.

Apesar de nesta fase os utentes se encontrarem mais participativos, trataram-se de períodos mais curtos de intervenção, dada a precocidade de transferência ou alta. Neste sentido, foram adotadas estratégias para melhorar a oxigenação, as trocas gasosas e o trabalho respiratório, por vezes “apenas” através do treino da respiração abdomino-diafragmática, em situações de utentes mais idosos, debilitados ou com grande défice de atenção e coordenação.

Houve situações em que sentimos alguma frustração, pois nem sempre conseguimos a colaboração do utente. No entanto aprendemos a desenvolver estratégias que nos ajudaram a readquirir a confiança, tais como, minimizar os estímulos exteriores (desligar a televisão, correr as cortinas) ou utilizar materiais adaptados, como o lençol em volta da região abdominal/base do tórax para facilitar a excursão diafragmática e as manobras de expiração forçada, ou solicitar ao utente para expirar com os lábios fechados em volta da extremidade de uma seringa de alimentação (sem êmbolo), pois na grande maioria a expiração era efetuada de boca aberta não permitindo obter a sua máxima eficácia.

Compreendemos deste modo a importância de adequar a linguagem na explicação dos exercícios, adaptar equipamentos ou criar estratégias, para tornar possível, às pessoas com défices cognitivos, intelectuais ou de atenção colaborar dentro das suas capacidades.

Numa utente com Fibrose Quística, foi treinado o Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias (controlo da respiração com respiração abdomino-diafragmática, exercícios de expansão torácica e a técnica de expiração forçada, que combina uma ou duas expirações forçadas - huff's - com períodos de controle da respiração), com o intuito de facilitar a eliminação de secreções. A utilização desta técnica, só foi possível pela participação da utente, pois as pessoas com este tipo de patologia já têm um “historial” de RR, que nos permite não só validar as aprendizagens prévias e corrigir pequenas falhas, mas sobretudo, ver resultados imediatos da intervenção, como foi no caso a eliminação abundante de expectoração.

Segundo a GOLD (2015), as pessoas com DPOC beneficiam com programas de treino de exercício, melhorando quer a tolerância ao exercício, quer os sintomas de dispneia e fadiga. Neste sentido, foi possível desenvolver com alguns utentes, intervenções com vista á melhoria da “performance” dos músculos respiratórios, através da realização de treino específico dos músculos respiratórios, isto é, exercícios coordenados entre os ciclos respiratórios e os movimentos dos membros superiores e/ou inferiores (inspiração/abdução membro superior ou extensão do inferior; expiração/adução membro superior ou flexão do inferior). Segundo Presto e Damázio (2009), estes exercícios facilitam a mecânica diafragmática, sendo úteis nas pessoas com hiperinsuflação (DPOC), promovendo a expulsão forçada do ar. Estes foram quase sempre potenciados com a utilização de materiais existentes no serviço (bastão, faixas elásticas e alteres) e com a associação da técnica de expiração com os lábios semi-serrados, uma vez que para Hoeman (2000) promove a elevação do diafragma e o esvaziamento completo do ar dos pulmões.

Também fez parte do programa nesta fase, a reeducação no esforço, que segundo a DGS (2009, p.4) “é o elemento essencial e aglutinador dos outros componentes” da RR e o treino de técnicas de conservação de energia e de controlo de dispneia que têm “por finalidade fazer com que o doente tenha menos dispneia nas suas” AVD (DGS, 2009 p.5). Desta forma, a nossa atuação incidiu por um lado no controlo da respiração no esforço, nomeadamente no treino da marcha junto ao leito e pelos corredores do serviço, na utilização da pedaleira e realização de exercícios com resistências ou pesos. E por outro no ensino e treino de AVD, tal como: tomar banho e fazer a sua higiene matinal (escovar dentes, lavar a cara, pentear-se e barbear-se) sentados; vestir/despir e calçar/descalçar a roupa e os sapatos sentados; e usar sapatos sem cordão. Ou treino de atividades instrumentais de vida diária (AIVD), realizado em contexto de UCC, como lavar a louça e estender a roupa sentados e incentivo á divisão do tempo para a realização de tarefas domiciliare, sem pressa na sua realização. Estas atividades de RR, foram por isso desenvolvidas com vista a maximizar a funcionalidade e a melhorar o desempenho cardiorrespiratório dos utentes.

A avaliação e reformulação dos programas de RR foi uma necessidade constante, na UCIR, face às rápidas mudanças ocorridas nos utentes internados, visto se tratarem de situações patológicas de grande instabilidade, em que tão depressa a

nossa intervenção estava a ser benéfica, como em intervenções de mobilização e eliminação de secreções, despoletava crises hipertensivas ou de ansiedade tendo de ser suspensas. Para Olazabal (2003, p.1811) “no decurso do programa deve haver avaliações periódicas do doente e da adequação das técnicas escolhidas, para realização de ajustamentos”. Neste sentido sentimos necessidade de efetuar uma recolha de dados, avaliação e observação destes utentes mais minuciosa e estabelecer intervenções a curto prazo, com objetivos mais específicos.

Na perspetiva da alta, tivemos oportunidade de colaborar neste processo, apenas numa ocasião, com uma utente que teve alta para o domicílio com VNI, pela primeira vez. Foi possível neste caso, contactar previamente a empresa fornecedora do equipamento, e durante duas noites fazer uma adaptação da utente ao ventilador e á interface. Foi contactada a família (filha) com quem a utente residia, foram questionadas condições habitacionais e socioeconómicas, e por não se verificarem entraves no acolhimento e acompanhamento da utente no domicílio, foi dado seguimento ao processo de alta. Na véspera da alta foi efetuada uma sessão conjunta de educação com a representante da empresa fornecedora do equipamento. Foi realizado pela técnica ensino á filha, visto tratar-se de uma utente bastante idosa, sobre o funcionamento e manutenção do equipamento e, feito reforço por nós dos cuidados a ter antes, durante a após a VNI, despiste de complicações, bem como da importância de manter os exercícios de RFR já treinados. Foram ainda validados os ensinamentos com demonstração, treino e esclarecimento de dúvidas.

Também em contexto comunitário tivemos oportunidade de programar uma alta da UCC, preparando o utente para a sua plena autonomia, através da formulação conjunta de um plano de intervenção, que incluiu um programa de treino aferido com o utente e demonstrativo dos exercícios que efetuava com a nossa supervisão (Apêndice VIII). Este teve como objetivo ser um guia orientador, para que o utente pudesse ser autónomo e bem sucedido, como referem Cordeiro et al. (2012), de modo a minimizar o impacto do descondicionamento físico desencadeado pela doença, melhorar a tolerância ao exercício, reduzir a dispneia e diminuir a incapacidade funcional. Também neste contexto colaborámos na transferência de um utente para um Centro de Fisioterapia em ambulatório, ao efetuar uma carta de referência, onde foi mencionada a avaliação de ER e o programa desenvolvido

até á data da transferência, para que deste modo pudesse haver continuidade de cuidados, em prol da maximização das funções do utente (Apêndice V).

Na literatura está comprovada a eficiência do programa de reabilitação na melhoria da sobrevivência a curto prazo e na máxima independência funcional no momento da alta e, ao mesmo tempo, sugere-se que o tratamento deve ser alargado ao domicílio ou unidades de subagudos para benefícios a longo prazo (Dalvandi, Heikkila, Maddah, Khankeh & Ekman, 2010).

O desenvolvimento de competências de reabilitação na área sensoriomotora e de eliminação, foi proporcionado essencialmente pelo estágio em contexto comunitário, na UCC, visto a EO centrar a sua intervenção maioritariamente em pessoas com AVC, dada a sua prevalência e necessidades de reabilitação. No entanto foi neste contexto possibilitada ainda a intervenção junto de um utente com LVM.

Apesar do foco central ser o desenvolvimento de competências de reabilitação sensoriomotora e de eliminação, neste contexto, a base de atuação foram as NHF psicológicas, de comunicação e aprendizagem, na medida em que, como refere Henderson (1958), mencionada por Tomey (2004), o enfermeiro, neste contexto atua como parceiro, formulando em conjunto com a pessoa o plano de cuidados.

Nesta perspetiva, o EEER deve assumir-se como agente de mudança, posicionando-se para trabalhar “com” em vez de “para” o utente, família e comunidade, ao conhecer e compreender os hábitos, os recursos e o projeto de vida de cada pessoa e ajudá-la a alcançar o seu próprio nível de saúde, quer pela otimização dos recursos externos, quer pela ajuda prestada na identificação, promoção e desenvolvimento de todo um potencial individual, indo ao encontro das suas expectativas e fazendo-os acreditar na habilidade que têm para gerir os seus próprios recursos (Branco & Santos, 2010).

Martins (2006) reforça esta ideia afirmando que o profissional de saúde não é o único detentor do saber, mas somente o facilitador a quem compete criar as condições e possibilitar os meios para as famílias poderem utilizar as suas habilidades e adquirir novas competências, tornando-se autónomas e consolidando a sua dinâmica familiar.

O apoio domiciliário de ER, constituiu um grande desafio, pois implicou dar continuidade ao processo de cuidados á pessoa, mas no seu contexto real,

orientando-a e estimulando-a no processo de reabilitação e, ao mesmo tempo, ajudando os cuidadores no contexto familiar a terem um papel ativo neste processo, permitindo-lhes continuar a cuidar dos seus familiares no domicílio.

Apercebemo-nos durante a visitação domiciliária, da importância dos cuidadores neste contexto. Dado o grau de dependência das pessoas referenciadas nesta UCC, que necessitavam de reabilitação, bem como a elevada faixa etária destes e dos cuidadores, confrontámo-nos com a preocupação acrescida não só para com o utente, mas também com o seu familiar/cuidador (Apêndice IX – Reflexão II). Também Silva (2012, p.2), evidencia esta realidade quando nos diz que “a existência de cuidadores idosos é hoje um dado adquirido”, que para além das dificuldades inerentes ao seu processo de envelhecimento, se alia uma atividade muito desgastante, como é a do cuidador, que pode ainda ser agravada “no caso deste, não ter conhecimento, habilidade, ou apoio suficiente para a prestação dos cuidados”. Ainda neste âmbito, refere que “cuidar do idoso no domicílio é, também, cuidar do cuidador, pois muitas vezes, este também idoso necessita de conforto e apoio”. O enfermeiro tem portanto “competência para intervir e ajudar nos momentos adequados” de modo a tornar a família “um agente ativo em todo este processo” (Silva, 2012, p.10).

Um estudo desenvolvido por McGinnes, Easton, Williams e Neville (2010) sobre o papel do EEER na comunidade demonstrou uma significativa mais-valia reconhecida tanto pelas equipas de enfermagem da comunidade, como pelos utentes e cuidadores. Este estudo evidenciou o importante papel deste enfermeiro no seio da equipa de enfermagem da comunidade, através do seu plano assistencial especializado, apoio do trabalho interdisciplinar, aumento da produtividade das equipas pelo incentivo á formação (sobre aspetos referentes á reabilitação da pessoa com AVC), e redução a longo prazo da incapacidade e dependência destes utentes.

Os planos de intervenção aqui estabelecidos foram sempre discutidos com a EO, no sentido de perceber a sua viabilidade e interesse para o utente e família, para poderem dar seguimento ao programa por si instituído e com possibilidade de serem continuados, quer por ela, quer pela colega que de seguida iria realizar estágio nesta

UCC. A OE (2007, p.24) corrobora com esta ideia quando menciona que “o trabalho de equipa é muito importante para se conseguir a continuidade dos cuidados”.

O programa de reabilitação da pessoa com AVC visa, como mencionado pela National Stroke Association (2014), reeducar novas formas de realizar determinadas habilidades básicas como comer, vestir ou andar, de forma a compensar a perda de função e a capacitar a pessoa para readquirir o maior grau de independência funcional possível. A fase inicial do tratamento deverá ser realizado em contexto hospitalar e envolve a prevenção de novos episódios e de complicações, mas também o incentivo á recuperação da capacidade de efetuar as AVD, e o apoio emocional ao utente e família, porque tal como referido pela DGS (2010), esta situação é um fator desencadeante de grande ansiedade e instabilidade para a família, com precipitação de quadros depressivos que prejudicam a evolução e o resultado dos objetivos propostos.

Neste sentido, Duncan et al. (2005) referem que, a reabilitação deverá ser um processo contínuo de aquisição, manutenção e aperfeiçoamento de capacidades, que deverá envolver os esforços coordenados de diferentes profissionais de reabilitação, com intervenção na comunidade, no retorno do utente a um estilo de vida ativo.

No entanto este não foi o processo por nós aplicado neste contexto, na medida em que os utentes referenciados para esta UCC se encontravam maioritariamente numa fase crónica, com sequelas motoras e cognitivas já instaladas (com mais de 6 meses pós AVC). Isto porque o processo de referenciação para a RNCCI apresentava graves lacunas, levando os utentes demasiado tempo a aguardar em casa, vaga numa unidade de internamento da RNCCI, perdendo grande parte do seu potencial de reabilitação. Face ao exposto, a intervenção de reabilitação que tentámos desenvolver junto destes utentes e família visou a adaptação ás limitações da funcionalidade e á maximização da autonomia com vista a facilitar a integração sociofamiliar e a melhorar a sua qualidade de vida. (Apêndice VII - Plano de intervenção I). Neste processo foi fundamental o envolvimento do utente e família/cuidador, como parte integrante da tomada de decisão partilhada sobre os objetivos do programa de reabilitação, tal como aconselhado por Hoeman (2000).

Raposo (2012, p.14) diz-nos que os cuidados de ER efetuados no domicílio desafiam a criatividade e flexibilidade do EEER, e que este terá de “desenvolver um conjunto de conhecimentos e competências aos três níveis do saber ao longo do ciclo vital, pois cada visita domiciliária exige que dê resposta às necessidades únicas da pessoa/família bem como à situação única daquele domicílio”.

No entanto, o realce da atuação deste especialista, segundo Silva (2012, par.12), deverá ser dado á supervisão e desenvolvimento de “intervenções que capacitem os cuidadores para a prestação de cuidados globais, de forma a não porem em risco a segurança da pessoa”; instruir sobre “o que fazer, como e quando fazer”; e informar “sobre a doença, as suas principais dificuldades, a gestão e adesão ao regime terapêutico, as redes locais de apoio, associações de ajuda, apoio social e económico, entre outras dificuldades expressas pelo idoso ou familiar”.

Assim, desenvolvemos programas de treino de AVD e AIVD personalizados com vista á satisfação das NHF, tendo em conta as limitações da pessoa e promovemos um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia, com enfase na participação, ensino e treino dos familiares ou dos cuidadores informais, como estabelecido pelo Decreto-lei n.º 174/2014, artigo 8º.

Nesta fase, dado o avançado estado evolutivo das sequelas de AVC, o foco de intervenção foi a capacitação dos cuidadores para prevenir ou minimizar a instalação da espasticidade, estimular a sensibilidade, treinar o equilíbrio, reeducar o mecanismo de reflexo-postural, e estimular movimentos do lado afetado ou preservar as capacidades existentes no lado menos afetado.

Por forma a habilitar os utentes e os seus familiares a preservarem a função motora e sensitiva e a mínima dependência na satisfação da NHF de Mover-se e manter uma boa postura, destacaram-se os posicionamentos em padrão anti-espástico, com enfase para o lado afetado para facilitar a integração do esquema corporal e estimular a sensibilidade propriocetiva.

Os exercícios de mobilizações polisegmentares foram também incentivados, pois para Menoita (2012, p.85), estes permitem “manter a integridade das estruturas articulares, manter a amplitude dos movimentos, conservar a flexibilidade e evitar aderências e contraturas e melhorar a circulação de retorno venoso”.

Foram também incentivadas algumas atividades terapêuticas para estimular a sensibilidade postural e a reintegração do esquema corporal, como estratégias de simplificação dos cuidados em pessoas mais dependentes, ou seja, a ponte para ajudar a colocar a fralda ou arrastadeira, o rolar para ajudar a fazer a cama ou trocar a fralda e a carga no cotovelo como auxílio á alimentação ou ao levantar.

Foi neste âmbito também incentivada a realização de exercícios de equilíbrio estático e dinâmico sentado no leito ou na cadeira, bem como, os levantes para cadeira, com recurso, ou não, a produtos de apoio (tábua de transferência ou elevador). Dada a debilidade dos utentes não foi possível treinar ou estimular a marcha, por segurança dos próprios e dos cuidadores.

Estas situações permitiram reconhecer que muitas vezes na comunidade as coisas não acontecem como nós gostaríamos, mas que têm de ser analisadas individualmente, dentro do seu contexto, tendo em vista os recursos do utente/família e do meio envolvente, de modo a direcionar e priorizar as intervenções para aquilo que realmente importa ás pessoas envolvidas.

Relativamente á NHF de Comer e beber, segundo a DGS (2010), encontra-se muitas vezes alterada nestes utentes. Apesar de todos eles se encontrarem a comer oralmente, muito dependeu do trabalho desenvolvido pela EEER, pois alguns foram para casa com alimentação entérica por sonda nasogástrica ou sonda gástrica percutânea. Neste sentido, apesar de termos desenvolvido poucas intervenções neste contexto consideramos que a ER poderá ter uma significativa intervenção nesta área. A única situação com que nos deparámos, foi a de uma utente com AVC que apresentava disfagia para líquidos, á qual aconselhamos a utilização de espessante ou de substituição da água por batidos de fruta e sugerimos a utilização de manobras compensatórias, como rotação cervical para o lado afetado (por provocar adução das pregas vocais e fechar a via aérea), sustentar a respiração e só depois engolir, deglutições múltiplas (engolir duas vezes e depois respirar), evitar uso de palhinhas (por requer funções complexas da musculatura oral), fornecer bebidas em copo cheio (por permitir deglutir com flexão anterior cervical), limitar a quantidade no bolus de comida, permitir tempo extra para a alimentação e evitar distrações durante a mesma (Apontamentos Prof. Ricardo Braga, 2014).

Em relação às NHF de Vestir e despir e Estar limpo e cuidado e proteger os tegumentos, apesar de se tratarem de necessidades que verificámos encontrarem-se muito afetadas nestes utentes com AVC, deparámo-nos com o facto de que todos eles tinham apoio domiciliário para os cuidados de higiene, vestuário e alguns também para o levantar. Por esta razão a nossa intervenção incidia, quando a visita domiciliar coincidia com a das ajudantes familiares, sobre estas profissionais, sugerindo que adotassem algumas estratégias de ergonomia, como: colocar-se do lado para onde vai ser movido o utente (colocando a carga o mais próximo possível do corpo); evitar movimentos de rotação do tronco durante o movimento de força; ao virar o utente olhar e virar o corpo na direção do movimento. Ou de poupança de energia, como: vestir a pessoa, pelo lado afetado, e despir pelo lado menos afetado; utilização de resguardo para mobilizar o utente; utilização de produtos de apoio na transferência; levantar e transferência do utente a dois; elevar o plano da cama para prestar cuidados e baixar para o levantar; entre outros.

Foi com surpresa que percebemos que as sugestões eram bem acolhidas e que numa visita posterior eram aplicadas, talvez pela nossa presença, mas queremos acreditar, também por terem percebido a sua importância na diminuição do esforço, do cansaço e das dores musculó-articulares. Também neste sentido foi para nós importante perceber que a intervenção do EEER pode acontecer em qualquer local ou circunstância, e que os conhecimentos teóricos adaptados e aplicados em contextos reais podem trazer inúmeros ganhos em saúde, quer nos utentes, quer nos cuidadores formais ou informais.

A alteração da NHF de Comunicar com os seus semelhantes, foi uma das áreas mais difíceis de contornar, pois associado à alteração da comunicação, encontravam-se muitas vezes défices cognitivos graves (de atenção e concentração). Inicialmente foi muito frustrante por não conseguirmos comunicar com os utentes, fazê-los entender a nossa mensagem, ou obter a sua participação nas intervenções. Neste sentido tivemos de aprofundar conhecimentos nesta área, pedir ajuda a uma Terapeuta da fala para conseguir interpretar as alterações cognitivas e de linguagem e, conjuntamente com ela e com a EO, desenvolver estratégias para comunicar com a pessoa e dar ferramentas aos familiares para tentarem reverter, minimizar ou lidar com a situação. Foi importante perceber a

relevância da RFR, neste contexto que ao melhorar a dinâmica respiratória, aumenta os volumes correntes e melhora a fonia (Apêndice VII - Plano de intervenção I).

A alteração da NHF de Eliminar, foi também uma preocupação nos utentes com este tipo de patologia (AVC), no entanto, também neste contexto, já um longo trabalho havia sido realizado e todos os utentes apresentavam padrões regularizados de eliminação vesical e intestinal, não se encontrando nenhum deles algaliado. No entanto, tivemos a oportunidade de intervir nesta área, com um jovem utente com lesão medular completa a nível de T7/8. Este utente tinha sido recentemente referenciado para a RNCCI, após internamento num Centro de Reabilitação, sendo que a sua referenciação se deveu á necessidade de orientação na aquisição de ajudas técnicas (material de esvaziamento vesical). No entanto o contacto com o utente permitiu-nos perceber que ele precisava de muito mais ajuda e orientação do EEER para além dessas ajudas técnicas.

O foco inicial foi realmente o da eliminação, pois apesar de ter aprendido a fazer auto-esvaziamentos vesicais, com sondas descartáveis (de utilização única), veio algaliado para o domicílio. Neste âmbito foi-nos permitido discutir o tema com a equipa multidisciplinar da UCC, evidenciando a premência de reiniciar os auto-esvaziamentos vesicais (esvaziamento regular e completo da bexiga), pois tal como referido pela OE (2009), é uma forma de prevenir complicações da algaliação permanente (distensão da bexiga, refluxo vesico-uretral, litíase renal, infeções e lesões uretrais) e de melhorar a função renal. Tendo-se reunido consenso para essa prática, e por a UCC dispor de algum material que pôde dispensar de imediato ao utente, foi incentivada e explicada a importância da reintrodução desta técnica no seu quotidiano, mas com a particularidade de utilização de uma sonda vesical para vários esvaziamentos, até á chegada do material requisitado.

Esta situação de gestão de alterações de eliminação despoletou um sentido de EEER, não permitindo ignorar esta questão tão importante na qualidade de vida deste jovem, porque para além de poder constituir um risco para a sua saúde, também o facto de se manter algaliado criava uma barreira á sua reintegração social. Deste modo foi-lhe possível melhorar a sua autonomia, a autoimagem e confiança.

Tal como referimos anteriormente, este contexto de estágio, permitiu o contacto com o utente no seu meio sociofamiliar. Neste sentido, conseguimos desenvolver competências de ER no âmbito da capacitação da pessoa/família para se adaptar às suas limitações, maximizando a sua autonomia e promovendo a reinserção social.

As intervenções desenvolvidas junto do utente/família visaram, neste sentido, também a satisfação das NHF de Praticar de acordo com a sua fé, Trabalho e realização profissional, Divertir-se e Aprender, através da implementação de um plano individualizado de intervenção que promoveu a sua adaptação às limitações da mobilidade, conseguida na aquisição de autonomia total e segurança nas transferências, preservação das amplitudes dos movimentos articulares, e prevenção de complicações (como os encurtamentos musculares e tendinosos, lesões cutâneas e espasticidade).

Neste contexto foi criado um programa de treino sob a forma de guia que foi fornecido ao utente, com imagens dos exercícios que deveria realizar e o nº de repetições, organizado por segmentos corporais, de acordo com a sequência de exercícios já estabelecida com o utente, tendo-lhe sido demonstrado e validado o conteúdo do guia e esclarecidas dúvidas (Apêndice VIII).

Também a sugestão de adaptações no domicílio, requisição ou aquisição de produtos de apoio, como rampas de acesso e barras de apoio para casa-de-banho, adequados à realidade habitacional e social do utente, foi uma importante intervenção para favorecer a acessibilidade e autonomia. Foram ainda desenvolvidas intervenções de ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio existentes no domicílio da pessoa (cadeira de rodas e cadeira de banho, elevador de sanita). Foi ainda efetuada articulação entre o utente/família com os recursos da comunidade envolvente, tal como, Associação Sociocultural e Recreativa, Junta de Freguesia, Centro de Emprego (Apêndice VII - Plano de intervenção III).

A elaboração deste plano de intervenção foi uma enorme mais-valia porque constituiu um especial momento de reflexão, na medida em que todo o processo foi pensado e elaborado com o utente. Exigiu muita pesquisa quer em termos de intervenção de ER, quer de recursos da comunidade, bem como de processos burocráticos, no que concerne à realização de testes específicos (estudo de

pressões para cadeira de rodas, ou de condução) ou aquisição de produtos de apoio (material de esvaziamento vesical, cadeira de rodas, barras de apoio). Este processo tornou-se mais fácil, com um verdadeiro trabalho de equipa, entre o utente/família, a UCC e os recursos da comunidade.

Segundo Hoeman (2000, p.127), tradicionalmente os enfermeiros em ambiente hospitalar centram-se na doença e nas necessidades físicas do utente, esquecendo-se que o futuro passará pelo seu contexto sociofamiliar, pelo que é de extrema importância dar atenção às diversas variáveis envolvidas no processo de reabilitação, como a “localização geográfica, sistemas de suporte familiar, acesso aos recursos da comunidade, recursos financeiros, barreiras psicossociais e acesso aos cuidados de saúde” para assegurar a estes utentes uma reintegração na comunidade bem sucedida.

Para finalizar, desenvolvemos também competências no **Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais** (OE, 2010a), e para tal elaborámos os seguintes objetivos:

- *Contribuir para a facilitação da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da ER;*
- *Desenvolver capacidade de reflexão e análise crítica relativamente às aprendizagens e atividades desenvolvidas, no âmbito das competências do EEER nas áreas respiratória, sensoriomotora e de eliminação.*

Neste sentido, estabelecemos com o utente/família em ambos os contextos de estágio, uma relação baseada na empatia, confiança e respeito. Pelo que tentamos ver a pessoa como um todo, conhecer o seu contexto familiar, social e cultural, para além da sua patologia, e prestar-lhe cuidados individualizados, adequados á sua envolvente e que fossem ao encontro das suas reais necessidades. Este processo nem sempre foi fácil, pois por vezes não nos encontrávamos preparados para nos colocarmos no lugar do outro e perceber as suas necessidades, mas para isso contamos com a preciosa ajuda das EO, mas também de equipas muito acolhedoras e disponíveis e de utentes/familiares compreensivos e colaborantes (Apêndice IX - Reflexão VI).

Outro aspecto que desenvolvemos neste percurso foi o do auto-conhecimento. No início sentimos imensas dificuldades do ponto de vista técnico, como intervir junto do utente, como utilizar uma correta mecânica corporal. E do ponto de vista teórico, como efetuar uma correta avaliação do utente, ou um plano de intervenção a si adaptado, mediante a evidência científica atual. No entanto conseguimos reconhecer as nossas limitações e solicitar ajuda. Pensamos ter conseguido evoluir, tornando-nos mais confiantes, assertivas e autónomas, pelo que no futuro propomo-nos a manter esta atitude humilde de reconhecimento das lacunas e de não ter receio de esclarecer as dúvidas.

Assumimos também a responsabilidade de autoformação, bem como da equipa onde nos encontrávamos a realizar estágio, através da identificação de necessidades formativas nas diversas áreas de intervenção do EEER. Na UCI, os utentes apresentavam-se em situação de grande instabilidade hemodinâmica, pelo que exigiam cuidados técnicos e seguros. Neste sentido, foi fundamental uma pesquisa bibliográfica contínua na área da RFR, da VNI e de patologias essencialmente do foro respiratório.

Deste modo pudemos desenvolver os nossos conhecimentos e simultaneamente partilhá-los com os restantes elementos da equipa, de forma a haver um intercâmbio de saberes, aprendizagens e experiências, em ambos os contextos de estágio.

Recorremos muitas vezes às tecnologias de informação e a métodos de pesquisa bibliográfica, que permitiram aplicar na prática os conhecimentos adquiridos, mobilizando-os para uma prestação de cuidados seguros e competentes. Procurámos sempre rentabilizar as oportunidades de aprendizagem que foram surgindo, bem como refletir acerca delas e da sua importância em ER.

Tivemos também a possibilidade de assistir a uma reunião (mensal) da Equipa multidisciplinar da UCC, e a uma apresentação da UCC num *workshop* do Hospital Distrital referente à RNCCI, que permitiu perceber a dinâmica da equipa, o progresso dos seus projetos, as suas limitações, e as diretrizes mais recentes da Administração Regional de Saúde ajustadas à realidade do ACES, bem como a sua dinâmica interinstitucional.

Neste contexto, sentimos necessidade em alguns momentos dos estágios de criar instrumentos que ajudassem a otimizar os planos de intervenção e que ao mesmo tempo pudessem ser úteis para o local de estágio.

Deste modo, na UCIR, criámos um folheto de apoio ao utente/família que vai pela primeira vez com VNI para o domicílio, com o intuito não só de sedimentar alguns ensinamentos realizados à data da alta, como um recurso para consultar em caso de dúvida (Apêndice X). Na UCC, concebemos um impresso de recolha de dados de ER a ser utilizado por este profissional, aquando da primeira visita ao utente, pois não existia no processo do utente nenhum documento onde estivesse compilada essa informação, que pudesse facilitar a sua posterior consulta ou transferência para o programa informático (Apêndice XI).

Consideramos que os instrumentos desenvolvidos foram produtivos e permitiram facilitar aprendizagens. Realçamos a importância dos mesmos pois levaram à discussão de diferentes realidades vivenciadas, promovendo desta forma a reflexão e o início de novas práticas. Estamos convictas que foram momentos de partilha de experiências, que promoveram o desenvolvimento pessoal e profissional das diferentes equipas de enfermagem, melhorando desta forma os cuidados de ER prestados.

Para aperfeiçoar os conhecimentos na área da VNI tivemos também a oportunidade de assistir a uma formação em serviço, lecionada por um médico (interno de pneumologia) da UCIR, acerca desta temática, em que foram abordados temas como os princípios gerais da VNI, *guidelines* para iniciar ou suspender a VNI, implementação da VNI em doentes agudos, bem como a sua monitorização, vigilância e complicações.

Tivemos ainda a oportunidade de assistir, a convite da EO, às Jornadas Internacionais do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, cujo tema foi “Investigar e Intervir é Reabilitar”, onde foi dada ênfase a tópicos como a neuroplasticidade, a toxina botulínica, a inovação tecnológica e a participação da pessoa e cuidadores na reabilitação (Apêndice IX - Reflexão III).

Neste contexto pensamos que esta formação enquadrou-se perfeitamente na especialidade de reabilitação e na oportunidade de formação. O que vai no sentido do que diz Varandas da Costa (2011, p.51), de que “a formação deve ser realizada

na produção diária do saber e sempre que oportuno, e não no seu consumo descontextualizado, para conseguir os seus objetivos deve ser processada por projeto, e não por áreas soltas”.

No contexto atual de formação académica e profissional, a frequência das Jornadas permitiu-nos estar a par de algumas evidências científicas recentes que muito contribuirão para a reabilitação. E também perceber que a reabilitação é um processo vital, que não culmina com a alta hospitalar ou de um Centro de Reabilitação, que toda a aprendizagem adquirida deve ser treinada para continuar a dar frutos, ou seja, que o treino repetitivo, intensivo e orientado para as AVD, sugere alterações graduais na representação cortical, com consequente ressurgimento do movimento e função das partes lesadas, mesmo após seis meses da lesão inicial.

Estes fatores permitiram-nos obter um melhor desempenho no decorrer do estágio, pois tentámos adequar os subsídios que obtivemos nesta formação às necessidades dos utentes que cuidámos, em contexto domiciliário, nomeadamente no que concerne ao investimento na reabilitação motora, na pessoa com AVC, com a certeza de que poderemos sempre esperar pequenos ganhos, mesmo que estes apresentem situações clínicas complexas. E que com algumas ferramentas adquiridas em termos de recursos sociais poderemos aconselhar os utentes ao nosso cuidado a serem protagonistas de sucesso na sua reintegração.

Também a elaboração de avaliações detalhadas, elaboração de planos de cuidados, e reflexões sobre situações do dia-a-dia, constituíram não só um importante foco de aprendizagem, como permitiram a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre questões que suscitaram dúvidas ou sobre as quais nunca havíamos pensado. Apesar disto, não deixaram de constituir momentos de grande pesquisa e de stress, por acumulação de trabalho.

Todo este percurso, de aprendizagem em contexto de prática clínica, dada a sua complexidade, implicou o desenvolvimento de competências, que nos conferiram potencial de reflexão e avaliação das atividades, através do recurso aos indicadores e critérios de avaliação previamente estabelecidos. Deste modo consideramos que os resultados culminaram num aprofundado desenvolvimento de competências especializadas e consequentemente na melhoria do nosso desempenho profissional, conforme é esperado a um Enfermeiro Especialista.

2. FACILIDADES, DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS DE RESOLUÇÃO

Procurando ainda reflectir sobre as aprendizagens no desenrolar dos estágios, tentaremos neste capítulo dar a conhecer alguns fatores com os quais nos deparamos neste processo, que por um lado foram facilitadores, pois simplificaram o processo de desenvolvimento de competências, como a sequência dos estágios ou o acolhimento e integração nas equipas. Por outro foram dificultadores, como a complexidade dos cuidados de saúde primários, o pouco tempo de visita domiciliária ou o défice de registos, que incitaram ao desenvolvimento de estratégias de resolução ou adaptação. Ou ainda situações pontuais que nos fizeram refletir e tiveram impacto na nossa intervenção neste contexto.

No seu Modelo Teórico, Henderson (2007) refere que os componentes dos cuidados de enfermagem, são as 14 NHF da pessoa. Inicialmente pensámos desenvolver a nossa intervenção em torno de três das suas NHF de ordem fisiológica. Visto o foco central do projeto ser a pessoa com DPOC, obrigatoriamente teria alterada a NHF de Respirar normalmente e, por outro lado o sentido de dever contemplado no outro estágio, com utentes maioritariamente com AVC, que certamente apresentariam afeção das NHF de Deslocar-se e manter a postura desejável e Eliminar.

Contudo verificamos tratar-se de uma falácia pois tal como nos tentou transmitir Henderson (2007), e acabámos por constatar em contexto de estágio, mesmo na perspectiva da reabilitação é indissociável a satisfação das diferentes necessidades, e embora o foco de atenção recaia sobre uma, muitas outras estarão indissociavelmente afetadas. Neste sentido, tentámos sempre desenvolver a nossa intervenção tendo em vista a satisfação das NHF afetadas, na sua globalidade, e segundo a perspectiva do utente/família.

Ao longo dos estágios evoluímos significativamente, ao desenvolver uma “postura” de EEER, isto é, ao mudar a perspectiva do cuidar em enfermagem, de enfermeira de cuidados gerais (em cuidados intensivos) que «fazia por», a EEER que «faz com», ou seja, a conseguir obter uma atitude mais empreendedora em termos de reabilitação, permitindo que os utentes/família/cuidadores sejam responsáveis pelo seu percurso de reabilitação e reintegração. Estabelecemos desta forma, uma

evolução na nossa relação com o utente/família como nomeado por Henderson, referida por Tomey e Alligood (2004, p.115), que foi do muito dependente a um relacionamento bastante independente, ou seja, passamos da enfermeira que substituí a o utente e suprimia todas as suas necessidades, para parceira de cuidados, ajudando-o a adquirir ou conquistar a sua independência, formulando em conjunto o plano de intervenção.

Foi para nós uma enorme mais-valia ter começado o percurso de estágio pela comunidade. Apesar de termos sentido um grande constrangimento inicial por nos encontrarmos tão pouco informadas acerca da imensa e complexa hierarquia organizacional dos CSP, este desencadeou uma necessidade premente de obter respostas, procurar informação atualizada, conhecer as estruturas de encaminhamento e apoio, á pessoa/família que necessita de cuidados de saúde (Apêndice IX – Reflexão I). Conseguimos neste contexto adquirir também uma maior destreza manual, uma visão mais abrangente dos utentes, das suas patologias, das suas necessidades atuais e futuras e uma maior capacidade de avaliação das necessidades com vista a estabelecer planos de intervenção adequados e validados para a pessoa.

A experiência desenvolvida em contexto hospitalar revelou-se também bastante enriquecedora, na medida em que permitiu adquirir e aplicar conhecimentos não só sobre as inúmeras técnicas de RFR, como relacionados com as várias abordagens terapêuticas, nomeadamente a VNI e inaloterapia, que permitirão em situações futuras, melhorar os cuidados prestados.

Como fatores facilitadores, consideramos também a integração e colaboração no trabalho diário da equipa de enfermagem e interdisciplinar, dado tratar-se de uma equipa acolhedora e experiente, e também pela nossa necessidade de aprender e praticar. Poder integrar o trabalho destas equipas contribuiu para a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de ER e promoveu constantes momentos de reflexão sobre a prática.

Pensamos que outra enorme mais-valia do estágio na UCIR, foi a monitorização permanente dos utentes, em termos hemodinâmicos, imagiológicos e analíticos, pela possibilidade de ver a curto prazo resultados da nossa intervenção, permitindo fazer ajustes ou reformulações constantes das mesmas.

Em contexto comunitário, esta situação constituiu uma grande dificuldade, pelo facto de não conseguirmos a curto prazo ver os resultados da nossa intervenção, devido ao reduzido nº e curtos tempos de visita domiciliária, aliados a alguns constrangimentos de deslocação (Apêndice IX - Reflexão V). Preocupámo-nos neste contexto em desenvolver programas de reabilitação, conjuntamente com a EO, personalizados e adequados às reais necessidades do utente/família, tendo em conta as suas expectativas e a sua envolvente sociocultural, de modo a que estes pudessem por si ser continuados.

Como fatores dificultadores, que tornaram mais desafiante o percurso, consideramos a escassez de registos de ER, na UCIR. Estes nem sempre eram realizados diariamente e quando o utente precisava de reabilitação durante a ausência da EEER, e se recorria ao Departamento de RR para colmatar essas falhas, não só eles não conheciam o programa que estava a ser desenvolvido com o utente, como posteriormente não tínhamos conhecimento das intervenções por eles efetuadas para lhes darmos continuidade. Para contornar estes obstáculos efetuámos registos diários de todas as avaliações e intervenções de ER em impresso próprio da unidade. Também na perspetiva da continuidade de cuidados de ER na transferência ou alta, tivemos a preocupação de fazer um resumo do programa de reabilitação desenvolvido, bem como da sua avaliação e solicitámos aos colegas que o incluíssem na sua carta de transferência.

Em oposição, os registos de ER em contexto comunitário, foram um fator facilitador. Na UCC, eram efetuados registos diários das intervenções desenvolvidas com os utentes, numa plataforma informática, após cada visita. Tal como nos refere Pereira (2014, p.67) os registos, são etapas fundamentais do processo de reabilitação, que permitem o trabalho em equipa e a continuidade de cuidados, como forma de melhorar e dar visibilidade aos cuidados prestados.

Também os tempos de internamento, a precocidade de transferência ou alta e a complexidade de estabelecimento de um programa em que o utente, quisesse participar, se tornou uma dificuldade. Para lidar com estas situações, estabelecemos relações terapêuticas, disponibilizando tempo para se expressarem, manifestarem as suas preocupações e necessidades, incentivando a sua participação nos programas, isto é, demonstrando-lhes a importância de desenvolver um programa

de reabilitação adaptado á sua situação clínica, ás suas necessidades e disponibilidade (Apêndice IX - Reflexão VI).

Neste sentido Hesbeen (2003, p.73-75), refere que o processo de cuidados de reabilitação deverá assentar em duas dimensões: encontro e acompanhamento. Em que o EEER deverá ter a capacidade de “ir ao encontro da pessoa” e “quando este der lugar á criação de laços de confiança, passará a ser possível á pessoa que recebe cuidados e á que presta, caminharem juntas”.

Referente aos familiares/cuidadores, deparamo-nos com uma realidade complexa na comunidade, que condicionou situações de grande apreensão. Neste contexto, encontrámos utentes muito incapacitados e completamente dependentes de terceiros, maioritariamente familiares (cônjuges e filhos), muitas vezes também eles idosos ou com limitações físicas. Dado o grau de dependência das pessoas referenciadas na UCC, que necessitavam de reabilitação, bem como a elevada faixa etária destes e dos cuidadores, confrontamo-nos com a preocupação acrescida não só para com a pessoa, mas também com o seu familiar/cuidador. Face a tudo isto, sentimos uma enorme responsabilidade em adequar os recursos disponíveis, e capacitar não só a pessoa, mas também o cuidador, da forma mais adequada possível, para o poupar, ou segundo Alves (2014, p.79) “diminuir a sua sobrecarga de trabalho, ao lidar com a doença do familiar” (Apêndice IX – Reflexão II).

Algo sobre o qual nunca tínhamos refletido, e para a qual fomos alertadas no estágio realizado na UCC foi o da importância da referenciação precoce dos utentes hospitalizados para a RNCCI. Apesar das equipa de gestão de alta (EGA) hospitalares serem já uma realidade na grande maioria das instituições ainda existe uma grande lacuna na referenciação dos utentes, ficando muitas vezes o utente a aguardar vaga no seu domicílio, sem apoio familiar, económico ou social. Este período de espera, significa a perda de potencial de reabilitação, em casos por exemplo de pessoas com DPOC (condicionando exacerbações), ou que sofreram um AVC (agravando as sequelas), que poderia facilmente ser otimizado encaminhando a pessoa para uma ECCI que comportasse um EEER.

Neste sentido para além da importância de conhecer este processo e refletir sobre ele, permitiu-nos no estágio seguinte alertar os colegas para esta problemática, e tentar articular com a EGA do hospital, formas mais eficientes de reencaminhamento

dos utentes. Também no nosso contexto de trabalho passamos a estabelecer uma melhor articulação com o enfermeiro responsável por esta referenciação de forma a torná-la o mais precoce possível, pois dado tratar-se de uma UCI Neurocríticos, prevê-se que a grande maioria dos utentes irá ficar com graves sequelas e necessitar de continuidade de cuidados de reabilitação após a alta.

Uma última questão que suscitou também reflexão, foi o longo período de acompanhamento por parte da EEER na UCC (desde que foi criada esta UCC, em 2010) a utentes com alterações cognitivas graves e extensas limitações físicas sem possibilidade de recuperação ou autonomia.

Esta situação fez-nos refletir sobre a necessidade destes utentes manterem o acompanhamento por esta enfermeira especialista, na medida em que o contrato inicial era de 3 meses. Questionámo-nos se durante esse período não tinha sido possível atingir os objetivos a que se propuseram (EEER, utente e família/cuidador), se estariam a ser otimizados os recursos, ou se não seria vantajoso encaminhar estes utentes para outros profissionais.

Do que nos foi permitido observar, concordamos que, por um lado parecia haver uma má distribuição dos recursos na medida em que utentes/famílias que detinham alguma autonomia, poderiam ser reencaminhados para outros profissionais ou instituições de reabilitação em ambulatório, como por exemplo um utente que conseguia sair de casa para realizar as suas AIVD, não deveria usufruir de apoio domiciliário. Mas por outro lado, compreendemos a necessidade de efetuar cuidados de manutenção a utentes com maiores limitações físicas, cognitivas e socioeconómicas, pois estes cuidados permitem retardar as deformações articulares, prevenir complicações respiratórias, hídrico-nutricionais, medicamentosas, e assim reduzir as agudizações das suas patologias, o número de recursos ao serviço de urgência, e de internamentos, pois existe uma vigilância, acompanhamento e reforço dos ensinamentos permanente ao utente/família.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório de estágio foi, certamente, um processo difícil, moroso, mas gratificante que proporcionou crescimento e desenvolvimento tanto ao nível pessoal como no desempenho de futuro. A sua realização constituiu uma ferramenta de extrema importância, ao permitir a reflexão baseada na autoanálise, autocrítica e autoavaliação do desempenho, durante os estágios, proporcionando uma tomada de consciência das potencialidades e limitações bem como do modo estratégico de as contornar.

Na base deste relatório, está a noção de que a formação pós-licenciatura em enfermagem deve estimular o envolvimento entre uma prática clínica quotidiana, uma preocupação de análise crítica e metodológica da realidade e um desejo de evolução na efetiva prática dos cuidados.

O desenvolvimento de competências do enfermeiro passa pela construção do conhecimento baseado na evidência e na procura de novos significados que conduzam à mudança na prática. Neste sentido, o relatório foi desenvolvido com base nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do EEER, respeitando os princípios Éticos e Deontológicos que se encontram inerentes ao exercício da enfermagem.

Ao longo dos estágios e da elaboração deste relatório, orientámos de forma sistematizada e organizada as nossas experiências, retirando delas o máximo de potencial possível para atingir os objetivos propostos e para desenvolver as competências preconizadas, potenciadas pelas diferentes experiências, em contexto hospitalar e comunitário.

As experiências clínicas permitiram o enriquecimento e amadurecimento pessoais, o aumento do grau de conhecimento e confiança na execução de técnicas e procedimentos específicos de ER e o desempenho e dedicação pessoais no desenvolvimento de competências técnicas e relacionais capazes de dar resposta às NHF alteradas do utente/família em regime de internamento ou domiciliário. Através do constante intercâmbio de ideias, foi permitida a integração de novos conhecimentos, criando-se condições ideais para uma prestação de cuidados de ER, diferenciados e de qualidade. Conseguimos deste modo desenvolver o trabalho

de equipa, demonstrando autonomia crescente, enriquecendo pessoal e profissionalmente.

Reconhecemos neste percurso inúmeros ganhos em saúde da intervenção do EEER, em contexto de UCI, como a diminuição do tempo de internamento, redução das entubações e VMI e consequente redução das complicações a si inerentes, por otimização da função cardiorrespiratória do utente ou uma boa adesão e tolerância a estratégias terapêuticas menos deletérias, como a VNI. E na comunidade, adaptação á doença e suas limitações, reintegração sociofamiliar, redução das agudizações das patologias ou complicações associadas por estabelecimento de programas de reabilitação, e consequentemente do nº de recursos ao serviço de urgência e internamentos.

O estudo sobre a problemática escolhida constituiu um momento oportuno para abordar uma temática atual e inquietante, assim como para articular aprendizagens apreendidas ao longo de todo este percurso formativo. Apesar de haver pouca documentação sobre as intervenções do EEER na pessoa submetida a VNI, após a pesquisa bibliográfica conseguimos organizar e implementar cuidados específicos que deram resposta ás nossas inquietações.

As maiores dificuldades sentidas, ao longo dos diferentes contextos de estágio estiveram relacionadas com a articulação da vida pessoal, profissional e académica pois nem sempre foi possível usufruir plenamente das horas de formação pelo cansaço acumulado, o que condicionou momentos de grande *stress*. Também o contacto com uma realidade completamente desconhecida em termos de enfermagem em geral e de reabilitação em particular, em contexto comunitário, constituiu uma enorme barreira, a par da mudança de “paradigma” de enfermeiro generalista a especialista. No entanto, tudo isto foi superado com persistência, trabalho, apoio das EO e interação com as diferentes equipas de enfermagem e multidisciplinares.

A prestação de cuidados ao utente numa UCI permitiu o desenvolvimento de competências na área respiratória, através de uma avaliação e adequação de diferentes programas, segundo uma perspetiva profissional avançada. Cuidar deste tipo de utentes não era uma novidade, mas cuidar da pessoa com DPOC em situação crítica submetida a VNI numa UCI possibilitou o desenvolvimento de

competências que poderemos transpor para o nosso contexto de trabalho e consequentemente facilitar no futuro a formação de outros enfermeiros, contribuindo desta forma para uma prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

Em contexto comunitário, face às inúmeras oportunidades de aprendizagem e de intervenção, desenvolvemos competências na área sensoriomotora e de eliminação com enfoco na autonomia, pelo que definimos estratégias de trabalho centradas na pessoa, inserida numa família e integrada no seu contexto social e cultural, e não na doença. Em vez de “cuidar de”, procurámos dotar o utente e a sua família de capacidades, de conhecimentos e perícias que lhes permitissem, a longo prazo, cuidar deles próprios.

Levamos como mais-valias uma maior destreza manual, uma visão mais abrangente dos utentes, das suas patologias e das suas necessidades atuais e futuras, uma maior capacidade de avaliação, estabelecimento de planos de intervenção adequados e validados com a pessoa/família, e essencialmente termo-nos tornado parceiros na reabilitação. Percebemos ainda a importância de um início precoce no processo de reabilitação, bem como, as mais-valias da intervenção do EEER em contexto de UCI no cuidar da pessoa com DPOC, desenvolvendo estratégias para otimizar as funções e reduzir as complicações como é o caso da VNI. E também, do que espera o utente após uma situação de doença aguda ou crónica, e neste contexto perceber a importância do EEER na comunidade e a necessidade de referenciação para estes profissionais, que permita a continuidade dos cuidados no contexto sociofamiliar do utente, após o internamento.

Finalmente, podemos afirmar, que a Enfermagem Especializada não se limita à soma das intervenções de cada um, mesmo que estas denotem sempre a atenção à pessoa, mas principalmente, de inscrever este conjunto de intervenções numa perspetiva que tenha sentido para a pessoa.

Algumas situações permitiram-nos refletir acerca dos reais objetivos da nossa prestação de cuidados, fazendo-nos compreender que o maior objetivo, tal como refere Hoeman (2000), não era reverter a doença, mas sim delinear estratégias para otimizar e/ou reeducar as funções afetadas e capacitar a pessoa a maximizar as suas capacidades funcionais ou a adaptar-se às suas limitações para conseguir

autonomia e qualidade de vida. Pudemos assim compreender que, apesar de haver situações patológicas que se revelam irreversíveis, há sempre algo que o EEER pode fazer para marcar a diferença, como seja capacitar para a autonomia na satisfação das NHF, apoiar psicologicamente e melhorar significativamente a qualidade de vida das pessoas/famílias.

As propostas futuras têm lugar tanto na vertente pessoal, como profissional, uma vez que consideramos haver sempre arestas para limar. Deste modo pretendemos realçar a importância de apostar numa continua pesquisa bibliográfica, acerca das temáticas inerentes á área em que prestamos cuidados, pelo que nos propomos continuar a efetuar uma atualização constante dos conhecimentos, apostando na formação individual e de grupo, e na partilha de conhecimentos. Pelo que a curto prazo temos agendadas formações em serviço, sobre a VNI em contexto de UCI, e organizado um grupo de trabalho, para posterior criação de uma norma de procedimento inerente a esta técnica.

Pretendemos ter na nossa intervenção profissional quotidiana uma atitude de reabilitação face aos utentes que cuidamos e sua família, bem como aos profissionais envolvidos neste processo de saúde-doença. Neste sentido, é nosso objetivo imediato integrar a equipa de reabilitação do meu serviço e com eles desenvolver trabalhos de investigação e implementar projetos. E no futuro apoiar colegas no seu processo de desenvolvimento de competências na área da especialidade, bem como vir a orientar colegas em estágio em contexto de formação na área de especialização de ER.

Pensamos também ter um papel mais ativo na continuidade dos cuidados, através do estabelecimento de uma maior agilidade, celeridade e melhor articulação com a EGA do hospital e sempre que possível com o EEER dos Centros de Reabilitação ou ECCI.

Numa perspetiva futura e considerando o caminho percorrido, iremos com toda a convicção intervir com um conhecimento aprofundado no domínio da ER na resolução dos seus problemas de saúde, traduzidos nas competências especializadas desenvolvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agarwal, R., Handa, A., Aggarwal, A., Gupta, D. & Behera, D. (2009). Outcomes of noninvasive ventilation in acute hypoxemic respiratory failure in a respiratory intensive care unit in north India. *Respiratory Care*, 54(12), 1679-1687.
- Alves, F. (2014). Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com dependência em contexto de Cuidados de Saúde Primários. In: *Investigação em Enfermagem de Reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. 73-82.
- Alves, L., Caetano, F., Caldeira, E., Caneira, M. & Rodrigues, P. (2010). O doente com DPOC: Contributos da enfermagem de reabilitação. *Boletim Hospital Pulido Valente*, 1, 63-70.
- Araujo, R., Camisasca, M., Britto, R. & Parreira, V. (2005). O uso da ventilação não-invasiva na reabilitação pulmonar em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crónica: Uma revisão da literatura. *Fisioterapia em Movimento*, 18(1), 49-57.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra. Formasau.
- Canteiro, M. & Heitor, M. (2003). Reabilitação respiratória. In: Gomes, M & Sotto-Mayor, R., *Tratado de Pneumologia*. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Permanyer Portugal. Lisboa. 1785-1896.
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). Reeducação funcional respiratória. In Cordeiro, M. & Menoita, E., *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas*. Loures. Lusociência. 61-115.
- Cordeiro, M.; Mateus, D.; Menoita, E; Rocha, B.; Marques, P.; Rocha, S. & Baião, R. (2012). Treino de exercício na pessoa com patologia respiratória crónica. In Cordeiro, M. & Menoita, E., *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas*. Loures. Lusociência. 117-143.
- Corner, E. & Garrod, R. (2010). Does the Addition of Non-Invasive Ventilation during Pulmonary Rehabilitation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary

- Disease Augment Patient Outcome in Exercise Tolerance? A Literature Review. *Physiother. Res. Int.* (15)1, 5-15.
- Costa, M. & Coimbra, M. (2007). Cinesiterapia respiratória: Reeducação funcional respiratória. In: Cruz, A., Manual de sinais vitais: Técnicas de reabilitação II. Coimbra. Formasau. 109-127.
- Cross, A. (2012). Non-invasive ventilation in critical care. *Internal Medicine Journal*, 42(5), 35-40.
- Dalvandi, A., Heikkila, K., Maddah, S., Khankeh, H., & Ekman, S. (2010). Life experiences after stroke among Iranian stroke survivors. *International Nursing Review*, 57(2), 247-252.
- Decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro. (1996). Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem. Diário da República - I SÉRIE-A Nº205, 2959-2962.
- Decreto-Lei nº 174/2014. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República 1.ª série — N.º 174 — 10 de setembro de 2014. Artigo 8º. p.4865-4882.
- Delgado, M.; Marcos, A.; Tizón, A.; Carrillo, A.; Santos, A.; Balerdi, B. (...) & Fernández, R. (2012). Impacto del fracaso de la ventilación no invasiva en el pronóstico de los pacientes. Subanálisis de un estudio multicéntrico. *Medicina Intensiva*, 36(9), 604-10.
- Diez, M. (2012). O papel do enfermeiro na doença pulmonar obstrutiva crónica – DPOC. In Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Paginas/OPapeldoEnfermeironaDoencaPulmonarObstrutivaCronic aDPOC.aspx>.
- Dyer, F., Flude, L., Bazari¹, F., Jolley, C., Englebreetsen, C. (...) & Hopkinson, N. (2011). Non-invasive ventilation (NIV) as an aid to rehabilitation in acute respiratory disease. *BioMed Central Pulmonary Medicine*, 11(58). Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2466/11/58>.

- Direcção-Geral da Saúde (2009). Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Circular Informativa N.º: 40A/DSPCD. Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde (2010). Acidente vascular cerebral: Itinerários clínicos. Lisboa. Lidel.
- Duncan, P.; Zorowitz, R.; Bates, B.; Choi, J.; Glasberg, J. (...) & Reker, D. (2005). Management of adult stroke rehabilitation care: A clinical practice guideline. *Stroke*, 36(9), 100-143. Disponível em <http://stroke.ahajournals.org/content/36/9/e100.full.pdf+html>.
- Farias, C.; Resqueti, V.; Dias, F.; Borghi-Silva, A.; Arena, R. & Fregonezi, G. (2014). Costs and benefits of pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 18(2), 165-173. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552012005000151>.
- Fava, A. (2003) Terapêutica mucolítica e expetorante. In: Gomes, M & Sotto-Mayor, R., Tratado de Pneumologia. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Permanyer Portugal. Lisboa. 271-277
- Fernandes, A. (2009). Reabilitação respiratória em DPOC: A importância da abordagem fisioterapêutica. *Pulmão RJ: atualizações temáticas*, 1(1), 71-78.
- Ferreira, H. & Santos, F. (2008). Aspectos gerais da ventilação não-invasiva. *Revista Científica do HCE*, III(2), 73-81.
- Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S. & Taveira, N. (2009). Ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15(4), 655-667.
- Global Initiative For Chronic Obstrutive Lung Disease (2015). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Disponível em: <http://www.goldcopd.org/>.
- Heitor, M. C.; Canteiro, M. C.; Ferreira, J. M.; Olazabal, M. & Maia, M.O. (1988). Reeducação funcional respiratória. Lisboa. Boehringer Ingelheim.
- Henderson, V. (2007). Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiras. Loures. Lusodidata.

- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures. Lusociência.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo*. Loures. Lusociência.
- Hoo, G., & Byrd Jr, R. (2014). Noninvasive ventilation: Noninvasive ventilation in COPD. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/304235-overview#aw2aab6b6>.
- Jurjević, M.; Matić, I.; Sakić-Zdravcević, K.; Sakić, S.; Danić, D. & Buković, D. (2009). Mechanical ventilation in chronic obstructive pulmonary disease patients, noninvasive vs. invasive method (randomized prospective study). *Collegium Antropologicum*, 33(3), 791-797.
- Kelly-Hyes, M. (2000). Avaliação funcional. In: Hoeman, *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo*. Loures. Lusociência. 161-172.
- Leite, L. (2006). *O enfermeiro especialista - percursos de desenvolvimento profissional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/LuciaLeite.pdf>
- Liebano, R.; Hassen, A.; Racy, H. & Corrêa, J. (2009). Principais manobras cinesioterapêuticas manuais utilizadas na fisioterapia respiratória: descrição das técnicas. *Revista Científica Médica*, 18(1), 35-45.
- Machado, M. (2008). *Bases da fisioterapia respiratória: terapia intensiva e reabilitação*. Rio de Janeiro. Guanabara Kogan.
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra. Formasau.
- McGinnes, A., Easton, S., Williams, J., & Neville, J. (2010). The role of the community stroke rehabilitation nurse. *British Journal of Nursing*, 19(16), 1033-1038.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures. Lusociência.

- Moreno, J.; Corso, S. & Malaguti, C. (2007). Análise descritiva do uso de ventilação mecânica não invasiva durante exercício em pacientes com DPOC. *Conscientiae Saúde*, 6(2), 295-303.
- National Stroke Association. (2014). Rehabilitation therapy after stroke. Disponível em <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=rehabt>.
- Neto, J. & Amaral, R. (2003). Reabilitação pulmonar qualidade de vida em pacientes com DPOC. *Lato & Sensus*, 4(1), 3-5.
- Nozawa, E.; Sarmiento, G.; Veja, J.; Costa, D.; Silva, J. & Feltrim, M. (2008). Perfil de fisioterapeutas brasileiros que atuam em unidades de terapia intensiva. *Fisioterapia e Pesquisa*, 15(2), 177-182.
- Ordem dos Enfermeiros (2003) Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários. Edição Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho = cuidados de qualidade. Conselho Internacional dos Enfermeiros. Genebra. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2009) Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/.../cadernosoequiavertebro.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento para as Competências Específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>.
- Olazabal (2003). Métodos de limpeza das vias aéreas. In: Tratado de pneumologia. Gomes, M & Sotto-Mayor, R. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Lisboa. Permanyer Portugal. 1807-1812.

- Oliveira, M. F. (2003). Ventilação não invasiva. In: Tratado de pneumologia. Gomes, M & Sotto-Mayor, R. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Lisboa. Permanyer Portugal. 1002-1008.
- Ornico, S; Lobo, S.; Sanches, H.; Deberaldini, M.; (...) & Barbas, C. (2013). Noninvasive ventilation immediately after extubation improves weaning outcome after acute respiratory failure: a randomized controlled trial. *Critical Care*, 17 (39). Disponível em <http://ccforum.com/content/17/2/R39>.
- Pauwels, R., Buist, A., Calverley, P., Jenkins, C. & Hurd, S. (2001). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163, 1256-1276.
- Pereira, A., Santa-Clara, H., Pereira, E., Simões, S., Remédios, I., (...) & Fernhall, B. (2010). Impacto do exercício físico combinado na percepção do estado de saúde da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 16(5), 737-757.
- Pereira, J. (2014). Papel/competências do enfermeiro de reabilitação em unidades de cuidados intensivos. In: Investigação em Enfermagem de Reabilitação: Um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados. Escola Superior de Enfermagem do Porto. 64-72.
- Pessoa, J. (2014) Doença pulmonar obstrutiva crónica: A reabilitação é possível. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/.../Artigo%20abril%202014%20DPOC%20jo>.
- Philips Healthcare (2015) AVAPS: average volume assured pressure support. Respiration Home. Disponível em <http://avaps.respiration.com>.
- Plant, P.; Owen, J. & Elliott, M. (2000) Early use of non-invasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease on general respiratory wards: A multicentre randomised controlled trial. *Lancet*, 355, 1931–1935.
- Presto, B. & Damázio, L. (2009). Fisioterapia respiratória. Rio de Janeiro. Elsevier Editora.
- Rahal, L.; Garrido, A. & Cruz Jr., R. (2005). Ventilação não invasiva - quando utilizar? *Revista Associação Médica Brasileira*, 51(5), 241-255.

- Raposo, A. (2012). Efeito de uma intervenção educativa dirigida ao cuidador informal/ utente com doença avançada no domicílio. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. 7-39
- Renaud, M. (1999). A dignidade do ser humano como fundamentação ética dos Direitos do Homem. *Brotéria*, 148(2), 135-154.
- Ricci, C.; Terzoni, S.; Gaeta, M.; Sorgente, A.; Destrebecq, A. & Gigliotti, F. (2014). Physical training and noninvasive ventilation in COPD patients: A meta-analysis. *Respiratory Care*, 59(5), 709-717.
- Santos, D.; Malheiro, N. & Rosa, P. (2013). Ventilação não invasiva: Conceito, evolução a pessoas e as famílias. In: Fonseca, C. & Fontes, R., A pessoa submetida a VNI: Cuidados de Enfermagem no processo de transição. Great Age Friends.15-23
- Silva, D. (2012). Consulta de enfermagem ao idoso no domicílio. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos Enfermeiros/Consulta de Enfermagem ao Idoso no Domicílio - Enf Dulce Silva - Enfermeira Especialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Consulta%20de%20Enfermagem%20ao%20Idoso%20no%20Domicilio%20-%20Enf%20Dulce%20Silva%20-%20Enfermeira%20Especialista.pdf).
- Sousa, L. & Duque, H. (2012). Assistência respiratória: Reabilitação respiratória na pessoa com ventilação não invasiva. In Cordeiro, M. & Menoita, E., Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas. Loures. Lusociência. 211-225.
- Taveira, N; Fernandes, B; Conde, S. (...) & Brito, M. (2003) Terapêutica inalatória em pneumologia. In: Tratado de pneumologia. Gomes, M & Sotto-Mayor, R. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Permanyer Portugal. Lisboa. 340-352.
- Teles de Araújo, A. [relator] (2013). Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias: Prevenir a doença acompanhar e reabilitar o doente. Disponível em [https://sites.google.com/site/respirarmais/discussion/observatorio nacionaldasdoencas respiratorias-relatorio2013](https://sites.google.com/site/respirarmais/discussion/observatorio-nacionaldasdoencas-respiratorias-relatorio2013).

- Tomey, A. (2004). Virginia Henderson: Definição de enfermagem. In: Tomey & Alligood, Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª Edição. Lisboa. Lusociência. 111-126.
- Unidade Curricular de Reabilitação II (Apontamentos sobre Disfagia). Prof. Ricardo Braga. ESEL, 2014.
- Varandas da Costa, M. L. (2011). Mais saber, melhor enfermagem: A repercussão da formação na qualidade de cuidados. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Instituto de Ciências da Educação. Tese Mestrado. Lisboa
- Vieira, M. (1995). Cuidar, defendendo a autonomia da pessoa cuidada. *Servir*, 43(3), 114-117.
- Wilkins, R.; Stoller, J. & Kacmarek, R. (2009). Fundamentos de terapia respiratória - Egan. Rio de Janeiro. Mosby Elsevier.

APÊNDICES

Apêndice I – Objetivos e Atividades Delineados no Projeto de Formação

OBJETIVOS GERAIS				
<p>➤ Desenvolver competências de enfermagem de nível especializado na área da reabilitação respiratória, á pessoa com DPOC submetida a VNI, em contexto de cuidados intensivos;</p> <p>➤ Desenvolver competências de enfermagem de nível especializado na área da reabilitação sensoriomotora e de eliminação em contexto de saúde comunitária.</p>				
DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p><i>A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;</i></p> <p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p>	<p><u>Objetivo 1</u></p> <p>Conhecer a dinâmica organizacional e funcional dos locais estágio, com ênfase na metodologia de trabalho, do EEER;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião informal com a Enfermeira Chefe/Coordenadora e enfermeira orientadora, do local de estágio; - Visita guiada às instalações do local de estágio para conhecer a sua estrutura física e dinâmica funcional (normas e protocolos vigentes, equipa de enfermagem e restante equipa interdisciplinar, circuito do doente e a sua articulação com outros serviços ou recursos), com enfoque nos cuidados de enfermagem de reabilitação; 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - EEER/enfª orientadora; - Enfermeira Chefe/Coordenadora; - Equipa de enfermagem; - Equipa interdisciplinar; - Docente orientadora. <p><u>Físicos:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter conhecido a estrutura física e a dinâmica funcional do local de estágio; - Ter conhecido as normas e protocolos instituídos, no local de estágio, no âmbito da reabilitação.
	<p><u>Objetivo 2</u></p> <p>Compreender a atuação do EEER junto da pessoa/família a cuidar, e a sua articulação com a equipa interdisciplinar em</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização de conhecimentos adquiridos nas diversas unidades curriculares do CMER, e na revisão da literatura efetuada; -Aprofundar conhecimentos sobre reabilitação respiratória, sensoriomotora e de eliminação e outros conteúdos relevantes no contexto de intervenção do EEER; - Observação da dinâmica da equipa interdisciplinar e identificação da atuação do EEER no seio dessa 	<ul style="list-style-type: none"> - UCIR; - UCC; - Biblioteca da ESEL. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Normas, protocolos e projetos para consulta nos locais de estágio, 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter mobilizado conhecimentos atualizados e adequados á intervenção do EEER; - Ter Identificado e compreendido a atuação do EEER na equipa interdisciplinar e junto da pessoa/família;
A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as				

responsabilidades.	<p>contexto de cuidados intensivos e de comunidade.</p> <p>equipa, e da sua articulação com outros serviços e com a comunidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta de projetos em curso, nos quais o EEER se encontre inserido; - Reunião informal com a enfermeira orientadora para validação do projeto de estágio; - Reflexão acerca da importância dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação nos diferentes contextos; - Integração progressiva na equipa de enfermagem e interdisciplinar, como EEER. 	<p>relacionados com os cuidados de enfermagem de reabilitação (ER);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Literatura e bases de dados eletrónicas. <p><u>Temporais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^a e 2^a semanas de estágio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter reconhecido e refletido sobre os ganhos em saúde provenientes da atuação do EEER; - Ter integrado a equipa interdisciplinar, intervindo gradualmente como EEER.
---------------------------	---	---	--

CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO

Em que medida as atividades delineadas permitiram integrar nos diferentes locais de estágio, equipa de enfermagem e atuação do EEER.

<p>B - Domínio da melhoria da qualidade:</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p>	<p><u>Objetivo 3</u></p> <p>Identificar as necessidades específicas de intervenção de ER, da pessoa/família com DPOC submetida a VNI, em contexto de cuidados intensivos, tendo em vista a sua qualidade de vida.</p>	<p>- Recolha de informação pertinente que permita conhecer a complexidade e singularidade da pessoa com DPOC submetida a VNI, e identificar as respetivas necessidades em cuidados de ER (vivência da situação de doença/dependência, recursos e estratégias individuais);</p> <p>- Aplicação de escalas e instrumentos de medida, para avaliar as funções: cardiorrespiratória, sensoriomotora, e cognitiva, com vista à elaboração de um programa de reabilitação individualizado;</p> <p>- Identificação da capacidade funcional da pessoa para satisfazer as suas NHF, e o seu</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pessoa/família/cuidadores; - EEER/enf^a orientadora; - Equipa de Enfermagem e restante equipa interdisciplinar; - Docente orientadora. <p><u>Físicos:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter recolhido informação pertinente que permitiu conhecer as necessidades de cuidados de ER da pessoa/família; - Ter demonstrado conhecimentos acerca da implementação das escalas e instrumentos de medida da funcionalidade; - Ter identificado a capacidade funcional e o potencial da pessoa para
--	---	--	---	---

J1 – Cuida de

pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	<p>Objetivo 4</p> <p>Identificar as necessidades específicas de intervenção de ER, da pessoa/família com incapacidade sensoriomotora e/ou de eliminação, em contexto de saúde comunitária, tendo em vista a sua qualidade de vida, reintegração e participação na sociedade.</p>	<p>potencial de reabilitação para otimizar ou reeducar a função a nível cardiorrespiratório e motor.</p> <ul style="list-style-type: none">- Recolha de informação pertinente que permita conhecer a complexidade e singularidade da pessoa com incapacidade sensoriomotora e/ou de eliminação, e identificar as respetivas necessidades em cuidados de ER (contexto, recursos, vivência da situação de doença/dependência, fatores facilitadores e inibidores);- Aplicação de escalas e instrumentos de medida, para avaliar as funções: sensoriomotora, cognitiva e de eliminação, com vista á elaboração de um programa de reabilitação individualizado;- Identificação da capacidade funcional da pessoa para satisfazer as suas NHF, e o seu potencial de reabilitação, bem como os recursos da família/cuidadores para participar no programa de reabilitação, com vista á otimização ou reeducação da função a nível sensoriomotor e de eliminação.	<ul style="list-style-type: none">- UCIR;- UCC;- Biblioteca da ESEL. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Processo clínico;- Exames complementares de diagnóstico;- Escalas ou impressos de colheitas de dados existentes nos locais de estágio;- Literatura e bases de dados eletrónicas. <p><u>Temporais:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Após integração, no decurso do ensino clínico.	realizar ou recuperar a independência na satisfação das NHF.
	<p>Objetivo 5</p> <p>Estabelecer um diagnóstico de enfermagem de reabilitação com vista á elaboração de um plano de intervenção para a</p>	<ul style="list-style-type: none">- Mobilização e integração dos dados obtidos e dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo de todo o processo de ensino/aprendizagem e da pesquisa efetuada na área da reabilitação respiratória;- Elaboração de um plano de intervenção individualizado, á pessoa com DPOC submetida	<ul style="list-style-type: none">- Ter mobilizado os dados obtidos, estabelecendo um programa de reabilitação adaptado às necessidades e potencialidades da pessoa;- Ter elaborado um plano	

	<p>pessoa com DPOC submetida a VNI e sua família;</p>	<p>a VNI, em função das necessidades identificadas, e envolvendo a pessoa/família neste processo, tendo em conta as prioridades e os recursos disponíveis;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aferição e esclarecimento de dúvidas com a en^{ra} orientadora; - Reflexão acerca dos dados obtidos através da aplicação dos instrumentos e do plano de cuidados estabelecido, com vista á sua reformulação se necessário. 	<p>de cuidados individualizado, exequível e pertinente, reconhecendo a família como parceira de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter conferido com a enfermeira orientadora as informações e as intervenções de enfermagem de reabilitação programadas.
<p><u>Objetivo 6</u></p> <p>Estabelecer um diagnóstico de enfermagem de reabilitação com vista á elaboração de um plano de intervenção para a pessoa com incapacidade sensoriomotora e/ou de eliminação, em contexto de saúde comunitária.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização e integração dos dados obtidos e dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo de todo o processo de ensino/aprendizagem do mestrado e da pesquisa efetuada, na área da reabilitação sensoriomotora e de eliminação; - Elaboração de um plano de intervenção individualizado, á pessoa com incapacidade sensoriomotora e/ou de eliminação, em função das necessidades identificadas, e envolvendo a pessoa/família neste processo, tendo em conta as prioridades e os recursos disponíveis; - Aferição e esclarecimento de dúvidas com a en^{ra} orientadora; 		
	<p>CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO</p>		
	<p>Em que medida é que a informação colhida foi pertinente para a identificação das necessidades da pessoa, sensíveis á intervenção do EEER.</p>		

<p>C – Domínio da gestão dos cuidados:</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar;</p>	<p><u>Objetivo 7</u></p> <p>Implementar as intervenções de ER planeadas, integradas no plano global de cuidados, à pessoa com DPOC submetida a VNI, em contexto de UCI, e sua família, com vista a maximizar as suas capacidades funcionais;</p>	<p>-Implementação do plano de intervenção, em conjunto com a pessoa, que permita melhorar o seu desempenho cardiorrespiratório e motor, atendendo à sua singularidade e necessidades, sob orientação da EEER;</p> <p>- Intervenção junto da pessoa com DPOC submetida a VNI e sua família, com ênfase na RFR, na adesão e adaptação à VNI, e no ensino para a prevenção, despiste e resolução de complicações;</p> <p>- Implementação de um programa de treino cardiorrespiratório e motor, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa, para maximizar o seu desempenho funcional, no sentido de prevenir complicações e reabilitar as funções alteradas;</p> <p>- Utilização de equipamentos, produtos de apoio e recursos existentes no local de estágio, adequados à prestação dos cuidados de ER;</p> <p>- Colaboração na transferência ou alta, articulando-me com as várias equipas e serviços, e informando e esclarecendo a pessoa/família para os recursos da comunidade.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pessoa/família/cuidador; - EEER/enf^a orientadora; - Equipa de enfermagem e restante equipa interdisciplinar; - Docente orientadora. <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - UCIR; - UCC; - Biblioteca da ESEL. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apontamentos das Unidades Curriculares de Reabilitação; - Literatura e bases de dados eletrónicas; -Processo clínico; - Exames complementares de diagnóstico; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter demonstrado desenvolvimento de competências na elaboração de programas de reabilitação; - Ter implementado planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, integrados no plano global de cuidados; - Ter adequado a prestação dos cuidados planeados às necessidades e potencialidades da pessoa/família a cuidar, estabelecendo prioridades; - Ter utilizado correta e eficazmente os equipamentos e recursos na prestação de cuidados de ER; - Ter colaborado enquanto elemento ativo no processo de transferência ou alta da pessoa; - Ter estabelecido articulação entre a pessoa/família/cuidador com as várias equipas e serviços, e com os
<p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a</p>	<p><u>Objetivo 8</u></p> <p>Implementar as intervenções de ER planeadas, integradas no plano global de cuidados, à pessoa com</p>	<p>- Implementação do plano de intervenção, em conjunto com a pessoa/família/ cuidador, que promova a mobilidade e/ou a adaptação às limitações da mobilidade, e a gestão de alterações de eliminação, de modo a maximizar a sua autonomia, sob orientação da EEER;</p>		

inserção e exercício da cidadania; J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.	<p>incapacidade sensoriomotora e/ou de eliminação, capacita-la para a reinserção e exercício da cidadania;</p>	<p>- Intervenção junto da pessoa/família/ cuidador com incapacidade sensoriomotora e/ou de eliminação, com ênfase nas técnicas específicas de autocuidado e treino específico de AVD;</p> <p>- Ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio existentes no domicílio da pessoa, adequados à realização das intervenções de reabilitação, programadas;</p> <p>- Articulação da pessoa/família/ cuidador com os recursos da comunidade envolvente.</p>	<p>- Materiais e equipamentos disponíveis no serviço úteis à reabilitação da pessoa;</p> <p>- Produtos de apoio existentes no domicílio da pessoa.</p> <p><u>Temporais:</u></p> <p>- Após integração, no decurso do ensino clínico.</p>	<p>recursos da comunidade envolvente.</p>
	<p><u>Objetivo 9</u></p> <p>Avaliar os resultados das intervenções implementadas, com vista à sua reformulação se necessário</p>	<p>- Avaliação e reformulação das intervenções de ER de acordo com os resultados obtidos e os objetivos que se pretendem alcançar, no sentido de garantir a continuidade dos cuidados;</p> <p>- Elaboração de registos de ER, claros, concisos e com rigor científico e técnico, tendo em conta a atuação efetuada e a evolução da pessoa/família no desenvolvimento do programa estabelecido, de forma a promover a continuidade de cuidados, dando visibilidade aos cuidados de ER;</p>		<p>- Ter avaliado a consecução dos objetivos estabelecidos, interpretando os resultados obtidos;</p> <p>- Ter reformulado o planeamento e a prestação de cuidados quando necessário;</p> <p>- Ter efetuado registos pertinentes e concisos, utilizando uma linguagem com rigor científico dando visibilidade aos cuidados de ER.</p>
	<p align="center">CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO</p> <p>Em que medida é que as atividades delineadas permitiram implementar e avaliar as intervenções de enfermagem de reabilitação planeadas.</p>			

<p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.</p> <p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>	<p>Objetivo 10</p> <p>Contribuir para a facilitação da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da ER.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de necessidades formativas da equipa de enfermagem, na área de desenvolvimento deste projeto e no contexto do estágio, e validação das mesmas com a enfª orientadora; - Operacionalização de um plano formativo que procure atender às necessidades identificadas; - Colaboração nas ações de formação em serviço, ou em projetos que se encontrem em desenvolvimento no âmbito da ER. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - EEER/enfª orientadora; - Equipa de enfermagem e interdisciplinar, do local de estágio; - Docente orientadora <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - UCIR; - UCC; - Biblioteca da ESEL; - Meu domicílio. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apontamentos das Unidades Curriculares de Reabilitação; - Literatura e bases de dados eletrónicas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter avaliado as necessidades formativas da equipa de enfermagem e implementado planos formativos na área da ER; - Ter demonstrado capacidades na área da investigação, valorizando uma prática baseada na evidência através da revisão da literatura sobre um tema pertinente para a ER; - Ter cooperado nas ações de formação e projetos, a decorrer, no âmbito da ER; - Ter fornecido bibliografia atualizada sobre ER e bibliografia referenciada nas aulas teóricas.
	<p>Objetivo 11</p> <p>Desenvolver capacidade de reflexão e análise crítica relativamente às aprendizagens e atividades desenvolvidas, no</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Análise do percurso formativo em estágio, de forma a identificar as necessidades de formação nas áreas da reabilitação respiratória, sensoriomotora e de eliminação; - Discussão, sempre que necessário, com a enfª orientadora, sobre a evolução das aprendizagens 	<ul style="list-style-type: none"> - Documentos do serviço/instituição; - Materiais e equipamentos disponíveis no serviço/instituição/ domicílio úteis á 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter demonstrado interesse em aproveitar as oportunidades e procurar novas aprendizagens; - Ter demonstrado capacidade de análise das aprendizagens efetuadas,

	<p>âmbito das competências do EEER nas áreas respiratória, sensoriomotora e de eliminação, tendo por base o projeto de formação.</p>	<p>e desenvolvimento de competências;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análise dos aspetos positivos, e menos positivos da aprendizagem efetuada, ao longo do estágio, e discussão e reformulação do projeto de formação; - Reflexão com a enfª e a docente orientadora, sobre o meu desempenho ao longo do estágio, de forma a adequar as estratégias de aprendizagem aos objetivos definidos; - Realização de um diário de aprendizagem, segundo o ciclo de Gibbs, que permita a construção do Relatório de Estágio. 	<p>formação;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diário de aprendizagem. <p><u>Temporais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - No decurso da conceção do projeto, até final do ensino clínico e num período de 4 semanas após o seu término. 	<p>integrando-as na prestação de cuidados individualizados de ER;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter identificado fatores facilitadores e inibidores da aprendizagem; - Ter demonstrado capacidade de reestruturação do projeto de formação de acordo com a evolução do estágio e das oportunidades que surgiram; - Ter elaborado o relatório de estágio demonstrativo das aprendizagens vivenciadas e da análise das mesmas.
<p>CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO</p> <p>Em que medida é que as atividades delineadas contribuíram para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.</p>				

Apêndice II – Apreciação do Percurso de Desenvolvimento de Competências dos
Estágio

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Maria João da Silva Morais

Local de Estágio: Unidade de Cuidados na Comunidade

Início: 30/09/2014 **Fim:** 28/11/2014



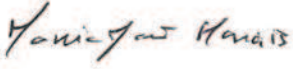
Orientador:

Este estágio permitiu atingir quase todos os objetivos por mim estabelecidos no projeto de aprendizagem, apesar de nem sempre conseguir ver o resultado das atividades desenvolvidas dado o contexto de estágio e as incapacidades físicas e socioeconómicas dos utentes (tempos de visita domiciliária curtos e pouco frequentes e utentes com multipatologias e graves incapacidades, com prolongado acompanhamento por esta unidade). Reconheço a minha evolução em termos da avaliação inicial das necessidades do utente, do estabelecimento de prioridades, intervenção, bem como em termos de destreza técnica.

Senti ao longo deste estágio alguma dificuldade na mudança de paradigma do “fazer por” ao “fazer com” ou “orientar para”, ou seja da visão do enfermeiro generalista para a do especialista.

A Enf^a Isabel Santos confirmou a minha dificuldade em abandonar a visão do enfermeiro generalista de cuidados intensivos para uma perspetiva de especialista da ECCI, cujo objetivo é tornar o utente e família autónomos na gestão da sua doença e no seu autocuidado. Mencionou ainda, a minha evolução na abordagem ao utente e família, no estabelecimento de prioridades e na execução de ensinios contextualizados.

DATA: 28/11/2014

	Orientador ESEL	Orientador Estágio	Estudante
ASSINATURAS:			

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Maria João da Silva Morais

Local de Estágio: Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios




Início: 08/12/2014 **Fim:** 13/02/2015

Orientador:

Este estágio correspondeu em grande medida às minhas expectativas, pois permitiu atingir todos os objetivos por mim estabelecidos no projeto de aprendizagem, nomeadamente no âmbito do cuidar (na perspetiva de reabilitação) da pessoa submetida a VNI em contexto de UCI. Pelo facto de se tratarem de pessoas, maioritariamente com DPOC, com uma imensa necessidade de cuidados de reabilitação respiratória, mas também sensoriomotora e de eliminação foram uma grande mais-valia na aquisição das competências a que me propus. Ao longo do estágio consegui desenvolver inúmeras intervenções, no contexto das competências de EEEER e aprofundar alguns conhecimentos e práticas. Consegui ainda adquirir bastante autonomia, que me permitiu efetuar um levantamento de necessidades, estabelecimento de planos de intervenções e avaliação e reformulação dos mesmos, com o foco na rápida melhoria e independência da pessoa cuidada.

A Enfª Sandra Pereira confirmou a minha evolução em termos de avaliação, estabelecimento de prioridades, intervenção e autonomia. Referiu ainda o meu interesse por aprender e intervir, apenas com necessidade de discutir algumas situações pontuais, na sua maioria por minha solicitação.

DATA: 13/02/2015

	Orientador ESEL	Orientador Estágio	Estudante
ASSINATURAS:			

Apêndice III – Guia para Avaliação Neurológica

Exame Neurológico

Nome: _____ Idade: _____
Diagnóstico: _____

Estado de consciência

Thelan (1993)

Estado de vigília (pessoa reage de modo apropriado a estímulos verbais e dolorosos)

Conhecimento da consciência (orientação da pessoa em relação a si própria, ao tempo e ao espaço)

Batista (2003)

Letargia ou sonolência (acorda ao estímulo verbal, está orientada e responde lentamente)

Estado confusional (início agudo, com intervalos de lucidez)

Obnubilação (sonolenta, necessita de estímulo tátil ou auditivo intenso, responde a ordens simples)

Estupor ou torpor (mais sonolenta, só responde a estímulos dolorosos)

Coma (inconsciente, não interage com o meio)

Escala de coma de Glasgow:

Abertura dos olhos: (4) Espontânea; (3) À voz; (2) À dor; (1) Nenhuma

Resposta verbal: (5) Orientada; (4) Confusa; (3) Inapropriada; (2) Incompreensível; (1) Nenhuma

Resposta motora: (6) obedece a ordens; (5) localiza a dor; (4) Fuga à dor; (3) Flexão anormal; (2) Extensão anormal; (1) Nenhuma

Estado Mental

Estado de orientação

Autopsíquica (relativo à própria pessoa - pedir para dizer o nome, profissão)

Alopsíquica (relacionada com a orientação espaço-temporal – perguntar o dia, mês, local onde se encontra)

Atenção

Vigilância (atenção a estímulos externos - hiper ou hipovigil-observar durante a entrevista se a pessoa se mantém atenta)

Tenacidade (capacidade de manter a atenção numa tarefa específica – capacidade de manter atenção às perguntas durante a entrevista, ou solicitar à pessoa que bata na mesa sempre que ouvir a letra A)

Concentração (capacidade de manter atenção em atividades mentais – pedir para fazer subtração consecutiva do nº 7 a partir do 100)

Memória

Sensorial (memória breve da informação fornecida pelos órgãos dos sentidos num período de 0,5")

Imediata (informação ouvida nos últimos 15 a 20"- pedir para repetir uma sequência de algarismos, ex: 3,4,5)

Recente (divide-se em curto prazo – 5 a 10' [pede-se à pessoa para memorizar 3 palavras e repeti-las 5' depois] e longo prazo – mais de 30' [perguntar o que comeu ao p.almoço])

Remota (retenção permanente de informação selecionada –pedir que fale de acontecimentos importante, com a respetiva data, ex: casamento, aniversário)

Capacidades práticas

Gestos simbólicos (ex: sinal da cruz)

Gestos icónicos:

Transitivos (ex: beber, pentear-se)

Intransitivos (ex: fazer adeus, assobiar)

	Negligência hemi-espacial unilateral	Prova de barragem (fazer linhas oblíquas e pedir á pessoa para fazer uma cruz em cada uma delas) Prova de escrita ou de cópia de desenhos (pedir para desenhar um relógio, uma casa)
	Linguagem	Discurso espontâneo (falar espontaneamente sobre um tema) Compreensão (perceber e cumprir uma ordem) Nomeação (mencionar o nome de objetos indicados) Repetição (repetir palavras ou frases) Leitura (ler um texto) Linguagem elaborada (definir palavras, explicar provérbios) Escrita (escrever palavras através de ditado)
Pares Cranianos		I – Olfativo (sensitivo - olfato) (Com os olhos fechados identificar um odor, com as narinas tapadas alternadamente) Parosmia (inversão dos cheiros) Hiposmia (diminuição da percepção dos cheiros) Anosmia (ausência da percepção dos cheiros)
		II - Ótico (sensitivo - visão) (fechar os olhos alternadamente e pedir para contar os dedos a varias distâncias) Amaurose (perda total da visão por lesão do nervo) Ambliopia (diminuição da acuidade visual) Cegueira (perda total da visão por lesão de qualquer parte do olho) Hemianopsia (perda da visão em metade do campo visual de cada olho) Escotomas (manchas negras que se projetam nos objetos)
		III – Motor ocular comum/Oculomotor (motor – miose, elevação pálpebra sup., elevação, abaixamento e adução do olho) (avaliar a resposta pupilar á luz, desenhar um H no ar para observar os movimentos conjugados) Discória (irregularidade no contorno pupilar) Nistagmo (movimentos oculares involuntários e rápidos do globo ocular, que podem ser verticais ou horizontais)
		IV – Patético (motor – rotação do olho) (avaliado conjuntamente com o anterior)
		V – Trigêmeo (sensitivo e motor – movimentos de mastigação, percepção sensorial da face e dentes) (pesquisa de sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas 3 porções – oftálmica, maxilar e mandibular, testar o reflexo córneo palpebral através do toque de algodão na córnea, e solicitar movimentos de mastigação)
		VI – Motor ocular externo/Abducente (motor – abdução do olho) (avaliado conjuntamente com o III e IV par)
		VII – Facial (Sensitivo e motor – mimica facial, percepção gustativa do 1/3 anterior da língua) (verificar simetria da face, apagamento do sulco nasogeniano, solicitando á pessoa para sorrir, encerrar as pálpebras. Verificar se apresenta dificuldade em manter a saliva no lado afetado. Fornecer sabores, ex: salgado, doce) Disgeusia (percepção do paladar alterada) Ageusia (falta de paladar)
		VIII – Estado-acústico (sensitivo – orientação, equilíbrio e audição) (acústico – falar ou bater palmas em cada um dos ouvidos, com os olhos fechados; teste de Rinne, colocar o diapásão em vibração contra o osso mastoide e pedir á pessoa para dizer quando já não sente vibração; ou de Weber, em que se coloca o diapásão no vertice do crânio esse pede par avaliar a vibração nos dois ouvidos) (Estato – teste Romberg, posição ortostática calcanhares unidos e dedos afastados 30° e olhos fechados, deve manter a posição por 1'; Apoio monopodal de Uemura, equilíbrio de olhos fechados sobre um dos pés; Teste babinski-Weil, marcha ás cegas)
		IX – Glossofaringeo (sensitivo e motor – percepção gustativa 1/3 posterior da

		<p>língua, faringe, laringe e palato) (reconhecimento de sabores, como doce e salgado no 1/3 posterior da língua)</p> <p>X – Pneumogástrico (sensitivo e motor – percepção sensorial da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras) (pesquisa-se com uma espátula a tocar na porção posterior da língua, a presença de reflexo de vômito; ou presença de hipofonia – rouquidão ou disfonia)</p> <p>XI – Espinhal (motor – controle motor da faringe, laringe, palato e músculos do pescoço) (avalia-se a força muscular do esternocleidomastóideo contra uma resistência, na lateralização da cabeça)</p> <p>XII – Grande hipoglosso (motor – controle dos músculos da língua, mastigação, deglutição e articulação de palavras) (avalia-se os movimentos da língua, atrofia da língua, desvio da úvula e acumulação de saliva na fossa piriforme)</p>
Motricidade	Força Muscular	<p>Segmentos corporais: <u>Cabeça e pescoço</u> Flexão/extensão (anterior/posterior e lateral) Rotação <u>Membro superior</u> <u>Escapulo-umeral</u> Flexão/ extensão Abdução/ adução Rotação interna/ externa <u>Cotovelo</u> Flexão/ extensão <u>Antebraço</u> Pronação/ supinação <u>Punho</u> Flexão palmar/ dorsiflexão Desvio radial/ cubital Circundação <u>Dedos</u> Flexão/ extensão Abdução/ adução Circundação Oponência do polegar <u>Membro inferior</u> <u>Coxofemoral</u> Flexão/ extensão Abdução/ adução Rotação interna/externa <u>Joelho</u> Flexão/ extensão Tibiotársica Flexão plantar e dorsal Inversão/ eversão <u>Dedos</u> Flexão/ extensão Abdução/ adução</p> <p>(Avalia-se em todos os segmentos corporais do distal para o proximal)</p> <p>Escala de Lower: (5) Força normal; (4) Vence a gravidade e alguma resistência; (3) Vence a gravidade, mas não a resistência; (2) Movimento, mas não vence a gravidade; (1) Contração muscular sem movimento; (0) Sem contração muscular voluntária</p>
	Tônus Muscular	<p>(Deve ser avaliado bilateralmente do distal para o proximal)</p> <p>Escala modificada de Ashworth: (0) Nenhum aumento no tônus muscular; (1) Leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular (ADM), quando a região é movida em flexão/extensão; (1+) Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da ADM restante; (2) Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da ADM, mas a região é movida facilmente; (3) Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil; (4) Parte afetada rígida em flexão ou extensão</p>
	Coordenação Motora	<p>Prova index-nariz (com os olhos fechados levar o dedo indicador ao nariz)</p> <p>Prova de indicação de Barany (apontar com o dedo indicador o indicador do avaliador)</p> <p>Diadococinesia (prova dos movimentos alternados dos membros esq.^s e dto.^s)</p> <p>Prova calcanhar-jelho (prova de coordenação dos membros inferiores, em que a pessoa tem de levar o calcanhar de um membro ao joelho do outro membro)</p>
	Superficial	<p>(0) Anestesia, (1) Hipostesia, (2) Sensibilidade normal, (3) Hiperstesia</p> <p>(Deve ser avaliada em todos os dermatômos, do distal para o proximal)</p> <p>Tátil</p> <p>Térmica</p> <p>Dolorosa</p>

	Profunda	Locais de avaliação: Face Membros sup. ^s Tronco Membros inf. ^s	Sentido de pressão / Barestesia Sensibilidade vibratória / Palestesia Sensibilidade cinético postural / Batistesia (de olhos fechados, identificar a posição de um membro) Sentido esterioagnóstico / Estereognosia (reconhecer objetos pelo toque)
Equilíbrio e marcha	Estático		Sentado (com apoio lateral das mãos, suporta o peso do tronco tentando manter o equilíbrio) Em pé (em posição ortostática com os calcanhares unidos e as palmas das mãos viradas para a frente)
	Dinâmico	(0) Ausente, (1) Deficiente, (2) Razoável, (3) Bom	Sentado (com apoio lateral das mãos, induzir um ligeiro balancear do tronco) Em pé <u>Teste Romberg</u> (em posição ortostática com os calcanhares unidos e as palmas das mãos viradas para a frente, de olhos fechados durante 10") <u>Teste Romberg-Barré</u> (coloca os pés um em frente do outro, para diminuir a base de sustentação) <u>Apoio Monopodal/Uemura</u> (equilíbrio sobre um pé, com os olhos fechados) <u>Teste Babinski-Weil</u> (caminhar com os olhos fechados)

Apêndice IV - Guia para Recolha de Dados

AVALIAÇÃO INICIAL										
Dados pessoais		Nome: Data de nascimento: Idade: Sexo: Etnia/raça: Escolaridade: Profissão/situação laboral: Residência/morada: Centro de saúde: Agregado familiar: Pessoa significativa/cuidador: Motivo internamento/referenciação:								
História da Doença Atual		Data de admissão: Motivo do internamento: Diagnóstico: Terapêutica/tratamentos prescritos: Exames complementares de diagnóstico: Evolução clínica: Data de alta: Tipo de encaminhamento:								
História da Doença Pgressa		Antecedentes pessoais e familiares: Terapêutica ambulatoria: Fatores de risco: Hábitos de vida anteriores:								
História Social		Condições habitacionais: Envolvente social: Qualidade de vida afetada e suas dimensões:								
Exame Físico Geral		Estado consciência: (Abertura dos olhos; Resposta verbal; Resposta motora)								
		Estado geral (nutricional): Peso: Altura: IMC: Pele e mucosas:								
				MSD	MID	MSE	MIE			
		Avaliação motora	Força							
			Tónus							
			Amplitude articular							
				Estático			Dinâmico			
		Avaliação do Equilíbrio	Sentado							
			Em pé							
				MS		MI		Tronco	Face	
				Dto	Esq	Dto	Esq		Dto	Esq
		Avaliação Sensibilidade	Térmica							
			Dolorosa							
			Tátil							
			Postural							
Exame	Avaliação	I – Olfativo								

Físico Geral	Pares Cranianos	II - Ótico III – Motor ocular comum IV – Patético V – Trigêmeo VI – Motor ocular externo VII – Facial VIII – Estado-acústico IX – Glossofaríngeo X – Pneumogástrico XI – Espinhal XII – Grande hipoglosso
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS		
1. Respirar Normalmente		
Tipo Frequência respiratória Ritmo respiratório Saturação de oxigénio		
Inspeção do tórax		
Palpação do tórax		
Auscultação pulmonar		
Tosse Quanto à duração (aguda / crónica – mais de 3 semanas) Quanto às características acústicas (quintosa / coqueluchoide / bitonal / emetizante)		
Secreções/expetoração Serosa/mucosa/purulenta/pseudomembranosa/antracoptise/hemoptoica/hemoptise		
Toracalgia Localização Tipo: Irradiada (estende-se à área de distribuição do nervo) / reflexa (sente-se a nível superficial do metâmero) / Pleurítica (tipo pontada, agrava com a inspiração) / Cardíaca (opressiva, irradia para pescoço, epigastro e MS) /Terebrante / latejante (em caso de aneurisma)		
Oxigenoterapia		
Parâmetros ventilatórios VNI / VM		
Exames complementares		
Avaliação da Dispneia Anamnese: o seu início (altura do ano/hora do dia); modo de instalação (súbita/progressiva); duração; fatores desencadeantes; nº de crises e periodicidade; intensidade; sintomas que acompanham (tosse, pieira, palpitações); fatores que melhoram Tipo (de esforço / ortopneia / paroxística noturna / platipneia (posição ortostática na pericardite e shunt) / trepopneia (em posição lateral) / ponopneia (decúbito homolateral ao pulmão afetado)		
Classificação da dispneia (MRC) Grau 0 - Sem dispneia a não ser no exercício físico violento; Grau 1 - Ligeira - dispneia objetivável por taquipneia na marcha acelerada em plano ou numa subida ligeira; Grau 2 - Moderada - o doente é obrigado, pela dispneia (objetivável por taquipneia), a caminhar, em plano, mais lentamente do que as pessoas da mesma idade; Grau 3 - Grave - a dispneia obriga à suspensão da marcha após andar, em plano, 90 m a 100m; Grau 4 - Muito grave - atos simples como vestir e despir implicam dispneia; incapacidade de sair de casa por causa da dispneia.		

Escala London Chest Activity of Daily Living

- (0) Não executo essa atividade (porque nunca precisei fazer isso ou é irrelevante).
(1) Não sinto falta de ar ao executar essa atividade.
(2) Sinto falta de ar moderada ao executar essa atividade.
(3) Sinto muita falta de ar ao executar essa atividade.
(4) Não consigo mais executar essa atividade devido à falta de ar e não tenho ninguém que possa fazer isso por mim.
(5) Não consigo mais executar essa atividade devido à falta de ar e preciso que alguém faça isso por mim ou me auxilie.

Cuidados pessoais: 1) Secar-se após o banho _____; 2) Vestir a parte de cima do corpo (camisa, casaco) _____; 3) Colocar sapatos/meia _____; 4) Lavar os cabelos _____

Atividades domésticas: 5) Arrumar a cama _____; 6) Trocar os lençóis _____; 7) Lavar janelas/cortinas _____; 8) Tirar o pó _____; 9) Lavar a louça _____; 10) Passar o aspirador/varrer _____

Atividade física: 11) Subir escadas _____; 12) Curvar-se _____

Lazer: 13) Caminhar em casa _____; 14) Sair socialmente _____; 15) Falar/conversar _____

Geral: 16) Quanto a falta de ar afeta as suas atividades de vida diária? () Muito () Pouco () Nada

Escala de Borg Modificada

- 0 Nenhuma
0.5 Muito, muito, leve
1 Muito leve
2 Leve
3 Moderada
4 Um pouco forte
5 Forte
6
7 Muito forte
8
9 Muito, muito, forte
10 Máxima

2. Comer e Beber

Hábitos alimentares domicílio

Restrições alimentares

Alergias

Dieta no internamento

3. Eliminar

Padrão eliminação habitual

No internamento

4. Deslocar-se e Manter uma Postura Desejável

Hábitos de exercício

Limitações existente

Necessidade de ajuda/equipamento

No internamento (limitações, avaliação da força, tônus, coordenação e sensibilidade)

5. Dormir e Descansar

Padrão habitual

No internamento

6. Vestir-se e Despir-se

Padrão habitual

Dificuldades ou estratégias utilizadas

7. Manter a Temperatura Corporal

8. Manter o Corpo Limpo e Proteger os Tegumentos

Hábitos de higiene

Autonomia no domicílio

Necessidades decorrentes da situação atual

9. Evitar os Perigos

Como percecionava os perigos/prevenção da doença

Percepção atual	
10. Comunicar e Expressar Emoções, Necessidades	
Capacidade prévia de comunicar e se exprimir	
Dificuldades decorrentes da situação clínica	
11. Praticar de Acordo com a Sua Fé	
12. Trabalho e Realização Profissional	
Atividade profissional previa	
Limitações atuais á prática da atividade profissional	
13. Divertir-se	
14. Aprender	
Conhece o diagnóstico e tratamento	
Demonstra necessidade de aprendizagem	
Grau de interesse e compreensão	

Apêndice V – Carta de Referência para Consulta de Fisiatria

Carta de Referenciação de Enfermagem de Reabilitação

O Sr. JB, de 69 anos, com antecedentes de AVC isquêmico em 2013, sem sequelas relevantes, foi vítima de novo AVC, em Janeiro de 2014, do qual resultou extensa lesão isquêmica cortico-subcortical fronto-temporo-parietal esq envolvendo os gânglios da base e cápsula interna. Deste último episódio resultou hemiplegia dta, afasia e disfagia, com necessidade de alimentação entérica por PEG.

Após a alta foi referenciado para a RNCCI por necessidade de continuidade do processo de reabilitação. Encaminhado para UCC ao cuidado da Enfermeira de reabilitação, que o tem acompanhado semanalmente desde então.

Durante o programa de reabilitação no domicílio, foram efetuados: manutenção da mobilidade e amplitude articular, e estimulação da sensibilidade tátil e propriocetiva a nível do hemicorpo dto; correção postural sentado; treino de equilíbrio; treino de fortalecimento muscular a nível do hemicorpo esq, com exercícios ativos/assistidos e resistidos; e estimulação cognitiva, através de exercícios de atenção e coordenação. Foi também estimulada a participação da família no programa de reabilitação, através do ensino de posicionamentos (em padrão anti-espástico), transferências, estimulação cognitiva e alimentação oral.

Atualmente encontra-se vígil, com períodos de apatia que alterna com períodos de agressividade. Score de Glasgow de 11 (O-4; V-1; M-6), com afasia, défice de atenção/concentração, mas com compreensão aparentemente mantida para instruções simples. Apresenta postura rígida, com flexão cervical anterior, joelhos e cotovelos, mais acentuada a nível dos membros inferiores, condicionada por episódios de espasmos musculares generalizados (á estimulação dolorosa). Mantém hemiparésia á dta, com força muscular muito reduzida (Lower "0" no membro inferior e 1 no superior), e espasticidade moderada no final da amplitude articular (Ashworth 2/3). A nível do hemicorpo esq apresenta força moderada (Lower $\frac{3}{4}$) e espasticidade ligeira (Ashworth 1). Assume a posição sentado e consegue manter o equilíbrio. Colabora na transferência para a cadeira, com o membro superior esq, mas sem fazer carga nos membros inferiores (não assume a posição de pé).

Encontra-se totalmente dependente nas AVD, com incontinência de esfíncteres. No domicílio iniciou alimentação oral, não apresentando disfagia, pelo que foi removida PEG.

A família encontra-se a par da situação clínica do utente e das suas sequelas, mas mantém expetativas elevadas quanto á sua recuperação.

Enf^a Maria João Morais
(Aluna do 5º Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação)

Apêndice VI – Planos de Intervenção da UCIR

INFORMAÇÃO CLÍNICA

E

PLANO DE INTERVENÇÃO IV

Utente com Pneumonia Adquirida na Comunidade e Sepsis Grave

Dados Pessoais

Nome: JANN

Data de nascimento: 03/09/1957 **Idade:** 57 anos

Sexo: Masculino **Etnia/raça:** Leucodermica

Profissão/situação laboral: Programador informático

Residência/morada: Lisboa

Centro de saúde: ...

Agregado familiar: Esposa

Pessoa significativa: Esposa

Motivo do internamento: Mialgias, tosse, febre e toracalgia á direita

Internamento Atual

Data de internamento: 24/11/2014

Diagnóstico: Pneumonia adquirida na comunidade e sepsis grave

Resumo do internamento: O utente recorreu ao serviço de urgência, em score Glasgow (GCE)15, por mialgias, tosse, febre e toracalgia á direita. Gasimetricamente apresentava: PH-7,45; PaCO₂-35,3; PaO₂-56 com FiO₂ 21%;HCO₃-24,9. Analiticamente revelava leucocitose e PCR-26, insuficiência renal aguda com componente pré-renal (ureia-126 e creatinina-1,15). Radiologicamente mostrava infiltrado heterogéneo em todo o pulmão direito e lobo inferior do pulmão esquerdo. Foi isolado na expetoração Pneumococcus, pelo que iniciou antibioterapia com Ceftriaxone e Azitromicina. Conectado a VNI (IPAP-12, EPAP-8, FiO₂-45% e Shunt 35%).

Transferido no mesmo dia para a UCIR por FA e hipotensão com má resposta á fluidoterapia e suspeita de choque séptico.

A 25/11/2014 teve agravamento da função respiratória com agravamento do shunt e acidemia respiratória (PH-7,27; PaCO₂-60,6; PaO₂-62,3; HCO₃-25 e Shunt-47%), apesar da ligeira melhoria da função renal (ureia-108; creatinina-0,92). Foi sedado com Propofol e Midazolam, entubado orotraquealmente e conectado a prótese ventilatória em PRVC (*Pressure Regulated Volume Controlled*). Por hipotensão acentuada iniciou perfusão de Noradrenalina.

A 27/11/2014 apresentou uma subida abrupta do Shunt para 90%, hipertermia e suspeita de ARDS (*Acute respiratory distress syndrome*), pelo que foi associado aos antibióticos já em curso a Amoxicilina+ácido clavulâmico e foi colocado em decúbito ventral, como estratégia de recrutamento alveolar, durante 48 horas.

A 1/12/2014 foi isolada *Candida Parapsilosis* no sangue, pelo que iniciou Anfotericina B e Fluconazol e foi colocado em sala de isolamento, onde permaneceu 8 dias.

A 10/12/2014 por manter quadro analítico e hemodinâmico de choque séptico, insuficiência respiratória global e confirmada infeção respiratória (a nível das secreções brônquicas) por *Klebsiella Pneumoniae*, *Staphylococcus Aureus* e *Acinetobacter Baumanni*, foi novamente colocado em isolamento e iniciou antibioterapia com Linezolid.

A 15/11/2014 encontrava-se ainda em isolamento, sedo-analgesiado e ventilado em PRVC (VC-500ml; PEEP-8cmH₂O; FiO₂-60%; FR-18c/min; Plateau-17; Compliance-55), gasimetricamente mais compensado (PH-7,43; PaCO₂-53,2; PaO₂-71,2; HCO₃-34,6; Shunt-28; SatO₂-94,1) e analiticamente mais estável (ureia-22; creatinina-0,29; PCR-8,51).

Terapêutica prescrita a 15/11/2014:

- . Cloreto de sódio 0,9% 500ml EV/dia;
- . Cloreto de potássio 60mEq EV/dia;
- . Furosemida 100mg/50cc em perfusão EV a 1cc/h;
- . Linezolid 600mg EV 12/12h;
- . Midazolam 250mg/50cc em perfusão EV a 4cc/h;
- . Fentanilo 750mcg/50cc em perfusão EV a 5cc/h;
- . Noradrenalina 10mg/50cc em perfusão EV a 5cc/h;
- . Salbutamol 4 inalações 6/6h;
- . Ipratropio 10 inalações 6/6h;
- . Beclametasona Forte 250mcg 4 inalações 12/12h;
- . Omeprazol 40mg EV/dia;
- . Metoclopramida 10mg PO 8/8h;
- . Levetiracetam 1250mg PO 12/12h;
- . Valproato de sódio 500mg PO 12/12h;
- . Sertralina 50mg PO/dia;
- . Venlafaxina 150mg PO/dia;
- . Mirtazepina 30mg PO/dia;
- . Sene 24mg PO/dia;
- . Lactulose 15ml PO 3xdia;
- . Domperidona 10mg PO 8/8h;
- . Enoxaparina 40mg SC/dia;
- . Paracetamol 1000mg EV SOS;
- . Metamizol magnésico 2g EV SOS.

Data de alta: 6/01/2014

Tipo de encaminhamento: Para o domicílio, com prescrição de OLD, VNI e reabilitação respiratória e funcional em ambulatório (no Centro Hospitalar). E para a consulta de Pneumologia do Hospital

História Anterior ao Internamento

Antecedentes Pessoais:

- . Tabagismo desde 8 anos, com evolução progressiva até +/- 60 cigarros dia (138 UMA);
- . DPOC sob OLD e VNI;
- . Fibrilhação auricular (FA) paroxística;
- . Epilepsia pós- traumatismo crânio-encefálico (há 11anos por queda de elevador);
- . Polineuropatia;
- . Foramen Ovale Patente (FOP) com shunt espontâneo esquerdo-direito (encerrado em Jan/2014);
- . Perturbação da personalidade Cluster B;
- . Perturbação depressiva recorrente;
- . Gamapatia monoclonal;
- . Anemia multifatorial (inflamatória e carêncial).

Últimos internamentos:

. De 7 a 15/10/2013 na Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR) e no Serviço de Pneumologia, por pneumonia pneumocócica, durante o qual foi submetido a antibioterapia endovenosa e VNI.

. De 18/11/2013 a 23/12/2013 novamente nos mesmos serviços, por traqueobronquite sem isolamento de agente infeccioso. Neste internamento apresentou insuficiência respiratória global com hipoxemia grave, pelo que foi submetido a VMI durante 12 dias e posteriormente a VNI e OLD. Foi detetado neste internamento shunt esquerdo-direito e proposto encerramento do FOP por Cardiologia.

. A 27/01/2014 realizou encerramento percutâneo do FOP (implantação de dispositivo Amplatzer Cribiform Occluder® 25mm) por angiografia femoral.

. De 5/02/2014 a 6/03/2014 no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e no Serviço de Pneumologia, por agudização da DPOC em contexto de pneumonia nosocomial e insuficiência respiratória global. Esteve 14 dias em VMI e posteriormente sob OLD e BiPAP noturno. Durante o internamento no SMI teve dois episódios de FA com resposta ventricular rápida que condicionaram o agravamento da função respiratória. E no serviço de Pneumologia apresentou episódio convulsivo, que prolongou o internamento. Teve alta para o domicílio com prescrição de OLD, VNI noturna, e reabilitação respiratória e funcional a realizar no Centro Hospitalar (a qual não realizou por falta de comparência).

Medicação de ambulatório:

- . Indacaterol;
- . Tiotrópio;
- . Budesonida;
- . AAS;
- . Furosemida;
- . Acetilcisteína;
- . Levetiracetam;
- . Valproato de sódio;

- . Sertralina;
- . Mirtazapina;
- . Venlafaxina;
- . Alprazolam;
- . Esomeprazol;
- . Dimeticone;
- . Sene;
- . Lactulose;
- . Multivitamínico;
- . OLD 1 l/min 15h por dia;
- . OLD 3 l/min no esforço;
- . VNI com BiPAP (IPAP 22/ EPAP 7) + 1 l/min O₂ noturna.

Exame Físico Geral (15/12/2014)

Estado geral: Aparece mais idade que a real. Inconsciente/sedado com GCS de 6 (apenas fuga á dor com os membros superiores) e Ramsey 6. Hipotónico. Pele e mucosas desidratadas, ligeiramente ictéricas e em anasarca, mas sem supurações ou úlceras de pressão. Tem hipocratismo digital em ambas as mãos, com leitos ungueais escurecidos.

Entubado orotraquealmente e conectado a prótese ventilatória. Entubado nasogastricamente com perfusão contínua de alimentação entérica. Tem um cateter venoso central de três lumens na veia sub-clavia dta onde perfunde a terapêutica. Tem um cateter arterial na artéria radial esq, para avaliação contínua da TA. Monitorizado hemodinamicamente (frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial, temperatura e oximetria periférica). Aliviado com cateter vesical em drenagem passiva.

Avaliação das Necessidades Humanas Fundamentais **(15/12/2014)**

1. Respirar Normalmente

Padrão respiratório

Tipo: mista

Ritmo: regular

Frequência: 18 cic/min

Amplitude: média

Simetria: expansão torácica simétrica

Saturação de oxigénio: 94%

Secreções: Mucopurulentas, fluidas em grande quantidade

Inspeção e palpação do tórax: tórax globoso e maciço

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular mantido no 1/3 superior dto e esq e presença de roncos no 1/3 médio e inferior bilateralmente.

Parâmetros ventilatórios: Modalidade de PRVC, com: Volume Corrente - 500ml; Pressão Positiva no Final da Expiração - 8cmH₂O; Fracção de Inspiração de O₂ - 60%; Frequência Respiratória - 18c/min; Plateau - 17; Compliance - 5).

Exames complementares:

Rx Tórax – área de condensação em ambas as bases pulmonares e infiltrados heterogêneos dispersos;

Gasimetria- PH-7,43; PaCO₂-53,2; PaO₂-71,2; HCO₃⁻ 34,6; Shunt-28; SatO₂-94,1

2. Comer e Beber

Entubado nasogastricamente a fazer 1500cc diários de alimentação entérica (standard) em perfusão contínua, que tolera. Faz ainda hidratação pela sonda com 500cc água por dia. Glicémias estáveis com valores que oscilam entre os 80 e os 120mg/dl.

3. Eliminar

Apresenta edemas acentuados e generalizados (anasarca).
Algaliado com sonda vesical em drenagem passiva funcionante de urina alaranjada e débitos urinários regulares (60 a 80ml/h), sob perfusão EV de Furosemida.
Transito intestinal mantido, com dejeções diárias (1 a 2 vezes) por efeito da medicação prescrita (Sene e Lactulose).

4. Deslocar-se e Manter uma Postura Desejável

Incapaz de se mover por se encontrar sedado. Hipotónico, com força de grau zero (escala de Lower) a nível dos 4 membros. Sem limitações das amplitudes articulares.

5. Dormir e Descansar

Encontra-se sedo-analgesiado (Ramsay = 6), pouco reativo á estimulação dolorosa.

6. Vestir-se e Despir-se

Incapaz pela sua condição de saúde e por se encontrar sedado.

7. Manter a Temperatura Corporal

Apirético.

8. Manter o Corpo Limpo e Proteger os Tegumentos

Efetuada higiene diária no leito. Não apresenta lesões cutâneas ou úlceras de pressão. Aplicado creme emoliente em toda a superfície corporal diariamente e efetuada alternância de decúbitos de 4/4h. Tem colocado colchão anti-escaras.

9. Evitar os Perigos

Atualmente não tem discernimento, nem capacidade para reconhecer e evitar os perigos.
São tomadas as medidas de segurança para prevenir as contaminações, o risco de queda ou aparecimento de úlceras de pressão.

10. Comunicar e Expressar Emoções, Necessidades

Incapaz de comunicar por sedação e entubação orotraqueal.

- 11. Praticar de Acordo com a Sua Fé**
- 12. Trabalho e Realização Profissional**
- 13. Divertir-se**
- 14. Aprender**

Incapacitado pela sua condição de saúde e necessidade de internamento.

Diagnósticos de enfermagem

- Alteração da NHF de respirar, relacionada com infecção respiratória, manifestada por presença de secreções mucopurulentas em grande quantidade e alterações gasimétricas;
- Alteração da NHF de deslocar-se e manter uma postura desejável, relacionada com necessidade de sedação, manifestada por imobilidade prolongada;
- Alteração da NHF de eliminar, relacionada com insuficiência renal e imobilidade, manifestada por anasarca

PLANO DE INTERVENÇÃO

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Atividades	Avaliação
15/12/2014	Alteração da NHF de respirar, relacionada com infecção respiratória manifestada por presença de secreções muco-purulentas em grande quantidade e alterações gasométricas	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar e eliminar secreções; - Manter a permeabilidade e das vias aéreas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta do processo clínico do utente; - Observação do Rx tórax e gasimetria, mais recentes; - Avaliação do padrão respiratório, parâmetros ventilatórios e sinais vitais, nomeadamente a oximetria de pulso, antes e após a realização dos exercícios respiratórios; - Despiste de sinais de desadaptação ventilatória; - Realização de auscultação pulmonar antes e após a realização dos exercícios respiratórios; - Realização de: <ul style="list-style-type: none"> . manobras acessórias de descolamento e progressão das secreções (percussão e vibração) associadas a drenagem postural; . aspiração de secreções, com pré-oxigenação antes e após; . hiperinsuflação manual; . terapêutica de posição; - Efetuar registos em 	<p>15/12/2014</p> <p>Utente sedo-analgésico (Ramsay = 6), bem adaptado a PV em PRVC. Rx Tórax do dia anterior mostra área de condensação em ambas as bases pulmonares e infiltrados heterogêneos dispersos. Gasimetricamente com PH-7,43; PaCO₂-53,2; PaO₂-71,2; HCO₃- 34,6; Shunt-28; SatO₂-94,1 (acidose respiratória compensada com alcalose metabólica). Hemodinamicamente com FC-100; FR-18; Sat.O₂-94; TA-106/48. Auscultação pulmonar (AP) com murmúrio vesicular mantido no 1/3 superior dto e esq e presença de roncos no 1/3 médio e inferior bilateralmente. Efetuadas manobras de vibração com ênfase nos 1/3 inferior e médio bilateralmente e de percussão em todos os campos pulmonares, em decúbito dorsal e lateral dto e esq. Aspiração de secreções mucopurulentas fluidas em grande quantidade, intervalada por 4 insuflações manuais. Realizada pré-oxigenação com FiO₂ 100% durante 60" antes e após a aspiração. Auscultação posterior com roncos menos audíveis a nível do 1/3 médio bilateralmente. Ficou ligeiramente mais hipertenso (121/56mmHg), mas com Sat.O₂ 96%. Foi colocado posteriormente em decúbito lateral esq. durante 60' e depois em decúbito lateral dto.</p> <p>16/12/2014</p> <p>Mantem-se conectado a PV em PRVC, adaptado. Sem imagens radiológicas de novo e gasimetricamente semelhante ao dia anterior. AP: roncos mais audíveis a nível do 1/3 médio e inferior dto^s. Hemodinamicamente hipotenso (89/45mmHg), com SatO₂ 94%. Efetuadas manobras de vibração e percussão com ênfase nos 1/3 inferior e médio á dta, em decúbito lateral esq. Aspiração de secreções mucopurulentas fluidas em</p>

	impresso de enfermagem de reabilitação, próprio do serviço.	moderada quantidade. Auscultação posterior com roncamentos audíveis a nível do 1/3 médio. Melhorou oximetria periférica (96%) e a hipotensão (118/53mmHg). Foi colocado em drenagem postural modificada, em decúbito lateral esq.
		17/12/2014
		Rx tórax do dia anterior mostra infiltrados pulmonares mais evidentes na base pulmonar dta. AP: diminuição do murmúrio vesicular no 1/3 médio á dta e esq. e permanência dos roncamentos no 1/3 inferior dto. Hemodinamicamente com FC-109; FR-18; Sat.O ₂ -92; TA-108/58. Efetuadas manobras de vibração e percussão com ênfase nos 1/3 inferior á dta. Aspiração de secreções mucopurulentas fluidas em moderada quantidade, intervalada e precedida de insuflações manuais. Auscultação posterior semelhante á inicial, embora com roncamentos audíveis. Foi colocado em drenagem postural modificada, em decúbito lateral esq.
15/12/2014	Alteração da NHF de deslocar-se e manter uma postura desejável, relacionada com necessidade de sedação, manifestada por imobilidade prolongada	<p>- Avaliação da força, do tônus e da amplitude articular a nível cervical e dos 4 membros;</p> <p>- Realização de mobilizações passivas de todos os segmentos articulares, de acordo com a mobilidade, amplitude articular e tolerância do utente (ex: dor);</p> <p>- Vigilância dos sinais vitais (FC, TA) durante as mobilizações;</p> <p>- Efetuar registos em venosa, TVP, contraturas/rigidez).</p>
15, 16 e 17/12/2014		<p>Apresenta força de grau 0 nos 4 membros, mas sem limitações da amplitude articular. Realizadas mobilizações passivas em todos os segmentos articulares a nível da região cervical (flexão/ extensão anterior/posterior e lateral e rotação), membros superiores (flexão/ extensão, abdução/ adução e rotação interna/ externa escapulo-umeral; flexão/ extensão do cotovelo; pronação/ supinação do antebraço; flexão palmar/ dorsiflexão, desvio radial/ cubital e circundação do punho; flexão/ extensão, abdução/ adução, circundação dos dedos e oposição do polegar) e inferiores (flexão/ extensão, abdução/ adução e rotação interna/externa coxofemoral; flexão/ extensão do joelho; flexão plantar e dorsal e inversão/ eversão Tibiotársica; flexão/ extensão e abdução/ adução dos dedos). Utente manteve-se sedado (Ramsay = 6), apenas reativo aos estímulos dolorosos, Hemodinamicamente estável, sem alteração do padrão de força ou tônus muscular.</p>

15/12/2014	Alteração da NHF de eliminar, relacionada com insuficiência renal (?) e imobilidade, manifestada por anasarca	- Contribuir para a redução dos edemas e melhoria da circulação periférica.	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta do processo clínico do utente, nomeadamente os valores analíticos da função renal; - Observar a diurese e os balanços hídricos do utente; - Avaliação dos perímetros dos membros superiores e inferiores antes e após a intervenção; - Realização de manobras de drenagem linfática manual; - Efetuar registos em impresso de enfermagem de reabilitação, próprio do serviço. 	<p>16/12/2014</p> <p>Analiticamente com ureia-22; creatinina-0,29 (normais). Balanço hídrico das últimas 24h positivo em 700cc. Débito urinário médio horário de 70ml. Perímetros iniciais do braço dto 58cm, braço esq. 56cm, coxa dta. 75cm e coxa esq. 74cm .</p> <p>Realizadas manobras de desbloqueio ganglionar a nível axilar e inguinal e drenagem linfática da extremidade distal de cada segmento articular para a proximal, com início nos segmentos proximais.</p> <p>Perímetros finais do braço dto 55cm, braço esq. 54cm, coxa dta. 70cm e coxa esq. 68cm .</p> <p>Débitos urinários superiores a 200ml nas duas horas seguintes á intervenção.</p>
------------	---	---	--	--

INFORMAÇÃO CLÍNICA

E

PLANO DE INTERVENÇÃO V

Utente com Queimadura da via aérea

Dados Pessoais

Nome: AVPM

Data de nascimento: 29/08/1927 **Idade:** 87 anos

Sexo: Feminino **Etnia/raça:** Leucodermica

Profissão/situação laboral: Reformada

Residência/morada: ...

Centro de saúde: ...

Agregado familiar: Filha

Pessoa significativa: Filha

Motivo do internamento: Queimadura da via aérea por inalação de fumo quente

Internamento Atual

Data de internamento: 06/01/2015

Diagnóstico: Queimadura extensa da via aérea

Resumo do internamento: Utente encontrada pela filha caída, inconsciente coberta de fuligem e com o quarto parcialmente em chamas (incêndio com origem numa explosão, de baixa voltagem, de cobertor elétrico). Socorrida pelo INEM. À chegada da equipa da VMER, utente inconsciente, com respiração espontânea, sem sinais exteriores de queimadura. Feita tentativa de entubação orotraqueal sem sucesso, colocado O₂ por máscara facial, medicada (com Morfina, Hidrocortisona; Budesonida e Combivent) e transportada para o Hospital.

À chegada ao Serviço de Urgência, apresentava recuperação do estado de consciência, com Score Glasgow 14/15, mantinha respiração espontânea, com O₂ por máscara, com oximetrias periféricas de 80%. Gasimetricamente com PH 7,29; PCO₂ 46; PO₂ 116; HCO₃ 20; Lactato 21. Foi contactada Anestesia, que a entubou orotraquealmente (sob efeito de Quetamina, Rocurónio), sedou (Propofol) e conectou a prótese ventilatória (VC com Vol Cor 360ml; FR 16c/min; PEEP 5cmH₂O; FiO₂ 45%). Após a qual teve episódio de hipotensão e FA com RVR pelo que iniciou perfusão de Noradrenalina e fez bolus de Amiodarona.

Observada por Cirurgia plástica, que confirmou ausência de queimaduras da face, supraciliares ou de pestanas. Estimada queimadura da via aérea em 30% e

efetuado cálculo da Formula de Parkland para reposição de volémia ($4 \times 30\% \times 70\text{kg} = 8400\text{ml}/24\text{h}$), tendo iniciado reposição com Polieletrolítico EV 525ml/h nas 1^{as} 8h e 262,5ml nas 16h seguintes.

Ainda no mesmo dia foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios. À chegada á unidade mantinha hipotensão e encontrava-se muito desperta e com esgar de dor, suspendeu Propofol e iniciou perfusão de Midazolam e Fentanilo, tendo ficado com Score Glasgow e Ramsey 6. Iniciou antibioterapia com Amoxicilina + ácido clavulâmico. Realizou broncofibroscopia que revelou fuligem ao longo de toda a extensão da traqueia e árvore brônquica bilateralmente, até aos brônquios segmentares, tendo sido efetuada lavagem com SF mas com grande dificuldade de se aspirar toda a fuligem. Apresentava mucosa edemaciada e friável ao toque e aspiração.

A 8/01/2015 por apresentar edemas generalizados iniciou perfusão de Furosemda.

A 9/01/2015 por manter secreções brônquicas abundantes tipo fuligem e raiadas de sangue, realizou nova broncofibroscopia, onde foram aspiradas secreções e fuligem em grande quantidade a nível dos brônquios secundários, particularmente na árvore brônquica esquerda, feita lavagem com SF. Mantinha mucosa friável e edemaciada.

A 14/1/2015 suspendeu sedação, mantendo analgesia. Como resultado ficou hipertensa e taquicardica. Parou Noradrenalina e iniciou medicação anti hipertensora.

A 15/01/2015 utente mais desperta (GCS 11/12), mantendo instabilidade hemodinâmica. Iniciou “desmame” ventilatório com períodos diários de ventilação em Pressão Assistida.

A 22/01/2015 apresentou hematúria e hemoptises. Analiticamente com hemoglobina de 6,6g/dl. Suspendeu administração de Enoxaparina e fez 2U de Concentrado Eritrocitário (com subida da HG para 10g/dl). Isolados nas secreções brônquicas Staphylococcus Aureus e Acinetobacter Baumannii, provável colonização por ausência de outros indicadores infecciosos (leucocitos 7,11; PCR 2,1).

A 24/01/2015 por isolamento de Proteus Mirabilis (PCR 5,07) na urina iniciou antibioterapia com Cefuroxima.

A 26/01/2015 foi extubada orotraquealmente, diretamente para VNI (IPAP 20; EPAP 6; FR 20; FiO₂ 25%), com sucesso, tendo sido introduzido progressivamente períodos de oxigenoterapia por cateter nasal.

A 28/01/2015 iniciou alimentação oral. A fazer oxigenoterapia com O2 a 4l/min por cateter bi-nasal diário e VNI noturna.

A 02/02/2015 por melhoria do quadro clinico inicial, ausência de infeções ou complicações de novo, estabilidade hemodinâmica e ausência de necessidade de suporte ventilatório não invasivo, foi transferida para a enfermaria.

Terapêutica prescrita (12/01/2015):

. Cloreto de sódio 0,9% 1500ml EV/dia;

- . Cloreto de potássio 60mEq EV/dia;
- . Furosemida 100mg/50cc em perfusão EV a 1,5cc/h;
- . Midazolam 250mg/50cc em perfusão EV a 3cc/h;
- . Fentanilo 750mcg/50cc em perfusão EV a 4cc/h;
- . Noradrenalina 10mg/50cc em perfusão EV a 5cc/h;
- . Omeprazol 40mg EV/dia;
- . Metoclopramida 10mg SNG 8/8h;
- . Amoxicilina + Ácido clavulâmico 2,2g EV 8/8h
- . Salbutamol 4 inalações 6/6h;
- . Ipratropio 8 inalações 6/6h;
- . Enoxaparina 40mg SC/dia;
- . Lactulose 15ml SNG 3xdia;
- . Diben SNG 1500cc/dia;
- . Insulina ação rápida SC 2º esquema do serviço

(02/02/2015)

- . Cloreto de sódio 0,9% 500ml EV/dia;
- . Diltiazem 60mg PO 8/8h;
- . Bisoprolol 5mg PO/dia;
- . Losartan 100mg PO/dia;
- . Dinitrato de isossorbido 20mg PO 2xdia;
- . Espironolactona 25mg PO/dia;
- . Omeprazol 40mg PO/dia;
- . Salbutamol 4 inalações 6/6h;
- . Ipratropio 8 inalações 6/6h;
- . Alprazolam 0,25mg PO/dia;
- . Risperidona 3mg PO/dia;
- . Ácido ascórbico 1g PO/dia;
- . Sene 24mg PO/dia;
- . Lactulose 15ml PO 3xdia;
- . Insulina ação lenta 8Ui P.almoço + 4Ui Jantar;
- . Paracetamol 1000mg PO SOS.

Data de Transferência: 02/02/2015 - Para o Serviço de Pneumologia

História Anterior ao Internamento

Antecedentes Pessoais:

- . Fibrilhação auricular;
- . Diabetes Mellitus tipo II;
- . Patologia osteoarticular (ciatalgia no MI esq.);
- . Cataratas bilaterais;
- . Bronquite asmática (?);
- . Insónias de indução.

Últimos internamentos: sem internamentos anteriores.

Medicação de ambulatório:

- . Bromazepam (Lexotan); Cianocobalamina + Piridoxina+ tiamina (Neurobion);
- . Diclofnac de sódio (Voltaren);
- . Metformina (Risidon);

Exame Físico Geral (12/01/2015)

Estado geral: Aparenta a idade real. Sedada com GCS de 6 (apenas fuga á dor com os membros superiores) e Ramsey 6. Hipotónica. Pele e mucosas descoradas mas hidratadas, com edemas de declive, sem feridas ou úlceras de pressão. Mantém vestígios de fuligem nos leitos ungueais dos membros superiores.

Bom estado nutricional com peso +/- 70kg e 1,65m de altura e um IMC = 25,7 (ligeiramente acima do peso ideal).

Entubada orotraquealmente e conectada a prótese ventilatória. Entubada nasogastricamente com perfusão contínua de alimentação entérica. Tem cateter venoso central de três lumens na veia sub-clavia esq. e um acesso venoso periférico no dorso da mão esq., onde perfunde a terapêutica. Monitorizada Hemodinamicamente (frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial, temperatura e oximetria periférica). Algaliada com cateter vesical em drenagem passiva.

Avaliação das Necessidades Humanas Fundamentais

Anterior ao internamento

1ª Avaliação
(12/1/2015)

2ª Avaliação
(2/2/2015)

1. Respirar Normalmente

Utente com antecedentes de bronquite asmática (?). Segundo informação da filha, apresentava apenas com cansaço a grandes esforços subida de escadas e grandes caminhadas, sem crises recentes de dispneia ou broncospasmo e sem necessidade de medicação.

Padrão respiratório

Tipo: mista

Ritmo: regular

Frequência: 16 cic/min

Amplitude: superficial

Simetria: Expansão torácica simétrica

Saturação de oxigénio: 98%

Secreções: Mucosas com fuligem em grande quantidade

Inspeção do tórax: Tórax normal

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular diminuído no 1/3 inf dto e ausente á esq. com presença de ronos dispersos bilateralmente.

Parâmetros ventilatórios: Modalidade de PRVC, com: Volume Corrente - 480ml; Pressão Positiva no Final da Expiração - 5cmH₂O; Fração de Inspiração de O₂ - 35%; Frequência Respiratória -

Padrão respiratório

Tipo: predominantemente torácica

Ritmo: regular

Frequência: 27 cic/min

Amplitude: média

Simetria: Expansão torácica simétrica

Saturação de oxigénio: 95%

Inspeção do tórax: Tórax normal

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares exceto no 1/3 inf. dto onde se apresenta muito diminuído e 1/3 inf esq. onde se mantém ausente.

Oxigenoterapia: O₂ a 0,5l/min por cateter bi-nasal

Exames complementares: Rx Tórax – apagamento da base esq., boa visualização dos restantes campos

	16c/min). Exames complementares: <i>Rx Tórax</i> – infiltrados heterogêneos dispersos bilateralmente e apagamento da base esq.; <i>Gasimetria</i> - PH-7,35; PaCO ₂ -48,2; PaO ₂ -65,9; HCO ₃ ⁻ 26,1; SatO ₂ -90%	pulmonares, mantendo alguns infiltrados dispersos mas muito reduzidos em relação aos exames anteriores <i>Gasimetria</i> - PH-7,40; PaCO ₂ -46,8; PaO ₂ -81,4; HCO ₃ ⁻ 28,5; SatO ₂ -96,1
2. Comer e Beber Adequadamente		
Independente na satisfação desta necessidade. Alimentava-se por mão própria. Mantinha a glicemia controlada através da toma de medicação (Metformina) e de uma dieta antidiabética e controle regular dos valores (por análises de rotina).	Entubada nasogastricamente com sonda nº16, a fazer 1500cc diários de alimentação entérica (antidiabética) em perfusão contínua, que tolera. Glicémias elevadas (entre 220-250mg/dl) com necessidade de administração de insulina de ação rápida 2º esquema do serviço.	Alimenta-se oralmente com ajuda, consegue levar a comida á boca e o copo da água, mas necessidade de ajuda para fracionar os alimentos. Apresenta falta de apetite. Glicémias estáveis a fazer Insulina de ação lenta SC ao p.almoço (8Ui) e jantar (4Ui).
3. Eliminar os Resíduos Corporais Orgânicos		
Independente na satisfação desta necessidade. Com obstipação crónica regulada com alimentação e chá (ervanária).	Apresenta edemas de declive, com necessidade de perfusão de diurético (Furosemida). Algaliada com sonda vesical nº14, em drenagem passiva funcionante de urina clara e débitos urinários regulares (150 a 200ml/h). Apresenta obstipação desde a entrada tendo iniciado toma de Lactulose e feito treino intestinal com Microlax (que surtiu efeito, com dejeção de fezes pastosas e fecalomas).	Sem edemas. Desalgaliada, urina na fralda. Obstipação controlada com associação de dois laxantes (Lactulose e Sene). Evacua quase diariamente na fralda.
4. Movimentar-se e Manter uma Postura Correta		
Passava a maior parte do dia sentada no cadeirão ou deitada, caminhava com apoio de bengala, com algum desequilíbrio na marcha. Apresenta dor crónica com agudização no membro inf esq., medicada com Voltaren e Neurobion.	Incapaz de se mover por se encontrar sedada. Hipotónica (grau 0 na escala de Asworth). Força de grau zero (escala de Lower) a nível dos 4 membros, e com ligeiras limitações das amplitudes articulares escapulo-umeral e coxo-femural aos 90º e <75º na articulação coxo-femural esq.	Permanece a maior parte do dia deitada ou sentada no cadeirão. Faz levante para cadeirão 1 a 2 vezes por dia, com carga nos membros inferiores. Força de grau 5 a nível dos 4 membros, com ligeira diminuição nos membros inferiores (mais á esq). Bom equilíbrio (estático e dinâmico) sentada, mas

		<p>muito instável em pé. Coordenação motora recuperada. Consegue dar alguns passos, com apoio de enfermeiro e do andarilho.</p>
5. Dormir e Descansar		
<p>Utente já apresentava insónia de indução com necessidade de tomar medicação (Bromazepam).</p>	<p>Encontra-se sedo-analgesiada (Ramsay = 6), pouco reativa á estimulação dolorosa.</p>	<p>Apresenta períodos de desorientação espaço-temporal predominantemente noturnos, com necessidade de administração de medicação (Alprazolam e Risperidona).</p>
6. Escolher a Roupa - Vestir-se e Despir-se		
<p>Independente na satisfação desta necessidade.</p>	<p>Encontra-se incapaz pela sua condição de saúde e por se encontrar sedada.</p>	<p>Consegue despir a parte superior do pijama. Necessita de ajuda para despir as restantes peças e vestir.</p>
7. Manter a Temperatura Corporal		
<p>Independente na satisfação desta necessidade.</p>	<p>Encontra-se apirética.</p>	<p>Mantém-se apirética. Consegue manifestar frio ou calor e solicitar agasalho.</p>
8. Manter o Corpo Limpo, Cuidado e Proteger os Tegumentos		
<p>Necessitava de uma ligeira ajuda para a realização da sua higiene pessoal, nomeadamente nas transferências na casa de banho.</p>	<p>Efetuada higiene diária no leito. Apresenta eritema da região da fralda onde se aplica Oxido de Zinco. Não apresenta úlceras de pressão. Aplicado creme emoliente em toda a superfície corporal diariamente e efetuada alternância de decúbitos de 4/4h. Tem colocado colchão anti escaras.</p>	<p>Necessita de ajuda parcial para a realização dos cuidados de higiene no leito ou na casa de banho. Consegue lavar quase todo o corpo exceto dorso e membros inferiores. Precisa ainda de ajuda nas transferências para a cadeira de banho.</p>
9. Evitar os Perigos ambientais e evitar lesar os outros		
<p>Necessitava de ajuda parcial para evitar os perigos, principalmente as quedas.</p>	<p>Não tem capacidade para reconhecer e evitar os perigos. São tomadas medidas de segurança para prevenir as contaminações, o risco de queda ou aparecimento de úlceras de pressão.</p>	<p>Consegue mudar de posição no leito e aliviar as zonas de pressão no cadeirão. Ainda não tem a perceção das suas limitações e dos perigos, fazendo tentativas de levantar no leito e no cadeirão.</p>

10. Comunicar e Expressar Emoções, Necessidades		
Independente na satisfação desta necessidade.	Incapaz de comunicar por sonda e entubação orotraqueal.	Comunica verbalmente, sem restrições de linguagem, mas com tom baixo. Apresenta períodos de discurso incoerente.
11. Praticar de Acordo com a Sua Fé 12. Trabalhar de modo a Sentir-se Realizado 13. Participar em Varias Formas de Recreação 14. Aprender, Descobrir ou Satisfazer a Curiosidade		
Apresentava algum grau de comprometimento na satisfação destas necessidades na medida em que se encontrava dependente da sua filha para sair de casa.	Encontra-se ainda mais incapacitada pela sua condição de saúde e necessidade de internamento.	Já consegue desfolhar revistas e pedir para ligar a televisão, nos seus programas preferidos, mas mantém algum comprometimento na satisfação destas necessidades por necessidade de se manter internada

Diagnósticos de enfermagem

(12/01/2015)

- Alteração da NHF de **respirar normalmente**, relacionada com queimadura da via aérea manifestada por presença de secreções mucopurulentas, com fuligem, em grande quantidade;
- Alteração da NHF de **movimentar-se e manter uma postura correta**, relacionada com imobilidade prolongada, manifestada por diminuição da força muscular;

(19/01/2015)

- Risco de alteração da NHF de **manter o corpo limpo, cuidado e proteger os tegumentos e vestir-se e despir-se** relacionado com incapacidade de cuidar da sua higiene e de se vestir e despir;

(26/01/2015)

- Risco de alteração da NHF de **respirar normalmente**, relacionada com extubação e colocação em VNI;

(27/01/2015)

- Risco de alteração da NHF de **comer e beber adequadamente**, relacionado com incapacidade de se alimentar oralmente.

PLANO DE INTERVENÇÃO

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Atividades	Avaliação
12/01/2015	Alteração da NHF de respirar normalmente , relacionada com queimadura da via aérea manifestada por presença de secreções mucopurulentas, com fuligem, em grande quantidade	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a progressão e expulsão das secreções; - Assegurar a permeabilidade das vias aéreas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta do processo clínico da utente; - Observação do Rx tórax e gasimetria, mais recentes; - Avaliação do padrão respiratório, parâmetros ventilatórios e sinais vitais, nomeadamente a oximetria de pulso, antes e após a realização dos exercícios respiratórios; - Despiste de sinais de desadaptação ventilatória; - Realização de auscultação pulmonar antes e após a realização dos exercícios respiratórios; - Realização de: <ul style="list-style-type: none"> . drenagem postural modificada, associada a manobras acessórias de descolamento e progressão das secreções (percussão e vibração); . aspiração de secreções, em SOS com pré e pós-oxigenação; . manobras expiratórias forçadas (compressão da base do tórax) para facilitar a expulsão das secreções; . evitar insuflações manuais por risco de lesão da mucosa brônquica (mucosa friável); - Efetuar registos em impresso de enfermagem de reabilitação, próprio do serviço. 	<p>12 a 15/01/2015</p> <p>Rx Tórax (dia 12) mostra infiltrados heterogêneos dispersos bilateralmente e apagamento da base esq. e a gasimetria apresenta acidose respiratória compensada com ligeira alcalose metabólica (PH-7,35; PaCO₂-48,2; PaO₂-65,9; HCO₃- 26,1; SatO₂-90%).</p> <p>Hemodinamicamente estável com FC-72; FR-16; Sat.O₂-98; TA-103/52.</p> <p>Inicialmente sedo-analgésica, desadaptada da PV (em PRVC) com pressões de inspiração elevadas e presença de secreções mucopurulentas, com fuligem intra-tubo abundantes, pelo que se iniciou a intervenção com aspiração de secreções, com pré e pós-oxigenação.</p> <p>Dia 14 suspendeu a sedação mas manteve-se analgésica e muito prostrada, mas com subida dos valores tensionais.</p> <p>A auscultação pulmonar (AP) inicialmente revelava murmúrio vesicular diminuído no 1/3 inf. dto. e ausente á esq. com presença de roncos dispersos bilateralmente mais intensos nos 1/3 superiores e médios. Tendo reduzido a sua intensidade ao longo da semana, no dia 15 a AP revelava murmúrio vesicular audível em todos os campos pulmonares exceto no 1/3 inferior esq. e ligeiros roncos expiratórios no 1/3 médio á dta., confirmado pelo RX (14/1) onde se observava</p>

apagamento da base esq.e boa visualização dos restantes campos pulmonares, mantendo alguns infiltrados dispersos no 1/3 médio.

Efetuada drenagem postural modificada inicialmente em decúbito semi-fowler e dorsal, lateral dto. e esq. com associação de manobras de vibração e percussão, com ênfase nos 1/3 superior e médio bilateralmente para drenagem dos lobos superiores e médio dto e língua e posteriormente em decúbito dorsal e lateral esq. para drenagem do lobo médio á dita. Efetuadas de seguida manobras expiratórias forçadas e aspiração de secreções mucopurulentas fluidas em grande quantidade com alguma fuligem e laivos hemáticos (no início da semana e mucosas fluidas em menor quantidade no final da semana). Foi privilegiado o posicionamento em decúbito lateral dto. para melhorar a ventilação da base pulmonar esq.

Pedida colaboração ás EER para manterem o programa de reabilitação respiratória durante o fim-de-semana.

19 a 23/01/2015

Utente mais desperta, mas agitada e pouco colaborante, mantem-se conectada a PV em PRVC que alterna com períodos de PA. Há auscultação mantém roncoss nos lobos superiores e ausência de murmúrio vesicular da base esq.. Na gasimetria apresenta ligeira acidose respiratória.

Apresenta secreções mucosas e fluidas em menor quantidade e com menor necessidade de aspiração. Tendencialmente hipertensa, suspensos os exercícios respiratórios inúmeras

vezes por HTA.

Dia 22 apresentou hematúria e hemoptises pelo que não foi realizada RFR.

26/01/2015	Risco de alteração da NHF de respirar normalmente, relacionado com extubação e colocação em VNI	<ul style="list-style-type: none">- Promover um padrão de ventilação eficaz;- Otimizar ventilação não invasiva;- Melhorar a coordenação e eficiência do trabalho dos músculos respiratórios.- Prevenir e/ou corrigir defeitos ventilatórios;	<ul style="list-style-type: none">- Avaliação do estado de consciência e da capacidade de colaboração da utente;- Observação do Rx tórax e gasimetria, mais recentes;- Avaliação do padrão respiratório, despiste de sinais de dispneia, presença de secreções, eficácia da tosse e restantes sinais vitais, antes e após a realização dos exercícios;- Realização de auscultação pulmonar antes e após a realização dos exercícios respiratórios;- Promoção de posição de descanso e relaxamento;- Realização de exercícios de reeducação respiratória abdomino-diafragmática e costal global e seletiva em sincronia com a modalidade ventilatória e dinâmica costal;- Preparação da utente para a extubação e VNI:. posicionar a utente de forma confortável e num posicionamento que favoreça a ventilação;. explicar á utente todos os procedimentos e solicitar a sua colaboração;. preparar e testar todo o material e equipamento (selecionar o interface e ventilador mais adequados ás necessidades e características da utente);. após extubação e conexão a VNI, manter	<ul style="list-style-type: none">- Avaliação do estado de consciência e da capacidade de colaboração da utente;- Observação do Rx tórax e gasimetria, mais recentes;- Avaliação do padrão respiratório, despiste de sinais de dispneia, presença de secreções, eficácia da tosse e restantes sinais vitais, antes e após a realização dos exercícios;- Realização de auscultação pulmonar antes e após a realização dos exercícios respiratórios;- Promoção de posição de descanso e relaxamento;- Realização de exercícios de reeducação respiratória abdomino-diafragmática e costal global e seletiva, com alguma colaboração da utente.- Administração Hidrocortisona e DNI EV. Foi posicionada em semi-fowler e foram-lhe explicados todos os procedimentos. Utente calma e hemodinamicamente estável.- Trinta minutos depois foi extubada e conectada a VNI (IPAP 20; EPAP 6; FR 16; FiO₂ 25%).- Inicialmente com fuga acentuada na máscara por presença de SNG, que reverteu com ajuste da mesma. Utente bem adaptada á interface e á modalidade ventilatória (AVAPS), padrão respiratório mantido com respiração toraco-abdominal, regular de média amplitude, apenas com ligeira hipertensão (152/79mmHg).- Auscultação posterior revela ligeiro estridor traqueal, sem repercussão ventilatória ou hemodinâmica imediata (fica sob vigilância).- Gasimetria pós-extubação e VNI : PH-7,40; PaCO₂-46,8; PaO₂-81,6; HCO₃⁻ 28,5; SatO₂-96,1%.
------------	---	---	---	---

<p>monitorização respiratória e hemodinâmica;</p> <ul style="list-style-type: none"> . despistar complicações; . promover a comunicação sensorial e escrita, e a participação e adesão da utente á ventilação e ao programa de reabilitação; . estimular a utente a realizar exercícios de RFR . - Efetuar registos em impresso de enfermagem de reabilitação, próprio do serviço. 	<p>27 a 29/01/2015</p> <p>Utente consciente, com alguns períodos de desorientação espaço-temporal. TA mais controladas. A 28/1 iniciou períodos de ventilação espontânea com aporte de O₂ a 4l/min por cateter nasal para alimentação oral. Não apresentou broncospasmo. AP com ligeira melhoria a nível dos 1/3 médios, mas mantendo ausência do murmúrio no lobo inf. esq. (provável fibrose cicatricial da queimadura??). Efetuados exercícios de RFR, sob VNI, com colaboração da utente, em termos de respiração abdomino-diafragmática e abertura costal global com bastão e seletiva com abdução dos membros sup^{rs}.</p> <p>No final da semana utente com aporte de O₂ por cateter bi-nasal durante o dia e VNI á noite.</p> <p>02/02/2014</p> <p>Utente sem sinais de dificuldade respiratória, com aporte de O₂ por cateter bi-nasal a 0,5l/min (sem necessidade de VNI há mais de 24h). Há auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido nos 1/3 superior e médio, reduzido no 1/3 inf. dto e ausente no 1/3 inf. esq.</p> <p>Transferida para a enfermaria.</p> <p>12 a 15/01/2015</p> <p>Utente não apresenta força muscular nos 4 membros (grau 0 na escala de Lower), com limitações da amplitude articular a nível das articulações escapulo-umeral e coxo-femural (90°, exceto articulação coxo-femural esq. <75°), mas sem rigidez (grau 0 na escala de Asworth). Encontra-se muito sedada pelo que foram</p>
<p>12/01/2015</p> <p>Alteração da NHF de movimentar-se e manter uma postura correta, relacionada com</p>	<p>- Manter a mobilidade e amplitude articular a nível dos membros superiores e inferiores e região cervical;</p> <p>- Avaliação da força, tónus, coordenação, equilíbrio e amplitude articular a nível cervical e dos 4 membros;</p> <p>- Avaliação do estado de consciência e da capacidade de colaboração da utente;</p> <p>- Explicação de cada atividade antes da sua realização e estimulação da utente para visualizar os exercícios, e participar</p>

<p>imobilidade prolongada, manifestada por diminuição da força muscular</p>	<p>- Prevenir complicações da imobilidade (estase venosa, TVP, contraturas/ rigidez).</p> <p>- Promover o fortalecimento muscular, a dinâmica respiratória e a readaptação ao esforço.</p>	<p>logo que o seu estado de consciência o permita;</p> <p>- Realização de mobilizações passivas ou ativas assistidas em todos os segmentos articulares, de acordo com a mobilidade, amplitude articular, colaboração e tolerância da utente;</p> <p>- Vigilância dos sinais vitais (FC, TA, dor) durante as mobilizações;</p> <p>- Promoção do levante para o cadeirão;</p> <p>- Treino de equilíbrio estático e dinâmico, sentada (no leito e/ou na cadeira) e de pé, e treino de marcha logo que possível e mediante tolerância da utente;</p> <p>- Estimulação da participação ativa da utente e reforço positivo;</p> <p>- Efetuar registos em impresso de enfermagem de reabilitação, próprio do serviço.</p>	<p>realizadas mobilizações passivas, com 10 repetições, em todos os segmentos articulares: a nível da região cervical (flexão/ extensão anterior/posterior e lateral e rotação), membros superiores (flexão/ extensão, abdução/ adução e rotação interna/ externa escapulo-umeral; flexão/ extensão do cotovelo; pronação/ supinação do antebraço; flexão palmar/ dorsiflexão, desvio radial/ cubital e circundação do punho; flexão/ extensão, abdução/ adução, circundação dos dedos e oponência do polegar) e inferiores (flexão/ extensão, abdução/ adução e rotação interna/externa coxo-femural; flexão/ extensão do joelho; flexão plantar e dorsal e inversão/ eversão Tibio-tarsica; flexão/ extensão e abdução/ adução dos dedos).</p> <p>Durante a realização dos exercícios a utente manteve-se hemodinamicamente estável. No final da semana por ter suspenso a sedação, apresentava força de grau 2 nos membros superiores e grau 1 nos inferiores.</p>
<p>19 a 23/01/2015</p> <p>Utente mais desperta a tentar comunicar verbalmente. Conectada a PV em PRVC que alterna com PA. Tendencialmente hipertensa (171/82mmHg). Apresenta no início da semana força de grau 3 a nível dos 4 membros.</p> <p>Realizadas mobilizações ativas assistidas a nível da região cervical, membros sup^s. (dedos, punhos, antebraços e cotovelos) e membros inf^s. (tibio-tarsica e joelho). Maior dificuldade na mobilização das articulações escapulo-umeral e coxo-femural, onde foram efetuadas mobilizações passivas. Refere dor nos</p>			

movimentos de abdução e rotação coxo-femural á esq.

A 20/01 fez treino de equilíbrio sentada no leito, apresentando ainda equilíbrio muito débil. Ainda não apresenta coordenação motora, não conseguindo realizar prova index-nariz.

Fez 1º levante para cadeirão a 23/01, já apresenta bom equilíbrio estático sentado, mas dinâmico muito instável, consegue apoiar os pés no chão e fazer carga, mas não consegue caminhar.

26 a 29/01/2015

Utente mantém ligeira diminuição da força a nível dos 4 membros (força de grau 4), mais evidente a nível dos membros inferiores. No início da semana, por HTA, programação de extubação e VNI, foram realizadas apenas algumas mobilizações (passivas das articulações escapulo-umeral e coxo-femural, onde mantém limitação da amplitude articular, nos movimentos de flexão/extensão e rotação, e ativas assistidas nos restantes segmentos articulares).

Apresenta nesta altura boa coordenação motora nas provas index-nariz, indicação de Barany, diadococinesia, mas mantém alguma dificuldade na realização da prova calcanhar-joelho (aparentemente por limitação articular).

02/02/2014

Força de grau 5 a nível dos 4 membros, com ligeira diminuição nos membros inferiores (mais á esq). Bom equilíbrio (estático e dinâmico) sentada, mas muito instável em pé.

Coordenação motora recuperada.

Consegue dar alguns passos, com apoio de enfermeiro e do andarilho.				
Transferida para a enfermaria.				
19/01/2015	Risco de alteração da NHF de manter o corpo limpo, cuidado e proteger os tegumentos e vestir-se e despir-se relacionado com incapacidade de cuidar da sua higiene e de se vestir e despir	- Promover o máximo de autonomia nos cuidados de higiene e no vestir e despir	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do estado de consciência e da capacidade de colaboração da utente; - Explicação do que vai ser realizado e estimulação da utente á participação; - Preparação e colocação dos produtos de higiene acessíveis á utente; - Incentivo á realização da sua higiene oral; - Adequar a roupa às incapacidades da utente e estimulá-la a despir e vestir-se, - Programar ida ao wc em cadeira de banho após realização do 1º levante e avaliação equilíbrio sentado; - Reforço positivo em todas as tarefas realizadas pela utente. 	<p>Utente sonolenta, mas compreende a mensagem transmitida. Consegue colaborar no despir da camisa de noite e lavar o tronco.</p> <p>26 a 29/01/2015</p> <p>Utente mais consciente e colaborante nos cuidados de higiene consegue lavar o rosto, tronco e membros superiores desde que lhe sejam fornecidos os produtos de higiene. No final da semana foi levada ao wc, em cadeira de banho, onde realizou os cuidados de higiene com ajuda parcial. Conseguiu lavar os dentes frente ao espelho, mas precisou de ajuda para colocar a pasta de dentes na escova.</p>
				<p>02/02/2015</p> <p>Consegue lavar quase todo o corpo exceto dorso e membros inferiores. Precisa ainda de ajuda nas transferências para a cadeira de banho. Ainda não consegue escovar a totalidade do cabelo (só as regiões temporais). Consegue despir a parte superior do pijama. Necessita de ajuda para despir as restantes peças e vestir.</p>
Transferida para a enfermaria.				
27/01/2015	Risco de alteração da NHF de comer e beber adequadamente	- Promover a capacidade de se alimentar oralmente	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do estado de consciência e da capacidade de colaboração da utente; - Explicação de cada atividade antes da sua realização e estimulação da utente á participação; - Ensino sobre a importância e benefícios 	<p>Utente consciente, com períodos de desorientação espaço-temporal, colaborante dentro das suas possibilidades e da sua orientação. Efetuada avaliação da deglutição, no início da manhã, com água apresentando ligeira</p>

<p>mente, relacionado com incapacidade de se alimentar oralmente</p>	<p>de voltar á ingestão por via oral; - Avaliação da capacidade de deglutição da utente: <ul style="list-style-type: none"> . colocar a cabeça elevada, ou posicionar em semi-fowler ou sentar; . ter o equipamento de aspiração disponível; . evitar leite e derivados e alimentos de duas consistências (secreções viscosas); . dar 10ml de água oralmente em três períodos distintos; se tolerar dar mais 30-50ml de água (com o copo cheio para evitar a hiperextensão cervical); se tolerar fornecer alimentos com consistência mais pastosa; . Utilização de espessante se necessário; </p>	<p>disfagia (tosse) nas três administrações. No final da manhã efetuada nova tentativa, não apresentando disfagia, em nenhuma toma. Fornecido posteriormente pequeno copo cheio de água, apresentando tosse no final da ingestão. Manteve alimentação entérica por SNG.</p>
<p></p>	<p></p>	<p>28/01/2015 Efetuada novamente avaliação, sem disfagia para líquidos, foi fornecida uma papa (150ml) que ingeriu sem dificuldade. Apresenta alguma recusa alimentar, pelo que manteve alimentação entérica durante a noite. Foi solicitada prótese dentária da utente á filha.</p>
<p></p>	<p></p>	<p>29/01/2015 Utente mantém recusa alimentar, principalmente para líquidos. Colocada prótese dentária e incentivada utente a alimentar-se. Foi contactado dietista para personalizar a dieta.</p>
<p></p>	<p></p>	<p>02/02/2014 Alimenta-se oralmente, sem disfagia para líquidos ou sólidos. Mantém recusa de ingestão de água pelo que mantém perfusão de SF EV. Ao p.almoço alimentou-se por mão própria (com colher), com boa coordenação motora. Transferida para a enfermaria.</p>

Apêndice VII – Planos de Intervenção da UCC

INFORMAÇÃO CLÍNICA

E

PLANO DE INTERVENÇÃO I

Utente com Acidente Vascular Cerebral

Dados Pessoais

Nome: FDNS

Data de nascimento: 16-02-1935

Idade: 79

Sexo: Feminino

Etnia/raça: Leucodermica

Escolaridade: Licenciatura

Profissão/situação laboral: Reformada (ex-administrativa); efetuou 2 licenciaturas (filosofia e teologia) pós-reforma; dedicada á igreja, dava catequese em diversas congregações da igreja católica, até á data do AVC

Residência/morada: ...

Centro de saúde: CSP

Agregado familiar: Marido

Pessoa significativa/cuidador: Marido

História da Doença Atual

Data de admissão: 28/08/2014

Motivo do internamento: hemiparesia á dta de início súbito e prostração

Diagnóstico:AVC isquémico agudo do território da ACM esq.

Terapêutica/tratamentos prescritos:Fez á entrada 2f de Flumazenilo EV, sem melhoria do estado de consciência; iniciou anti agregação com AAS; e antibioterapia com Amoxicilina+acido clavulâmico por ITU

Exames complementares de diagnóstico:

- . TAC CE (hipodensidade fronto-parietal esq. e suspeita de enfarte isquémico agudo do território da artéria cerebral média esq.);
- . RX tórax sem imagens de condensação;
- . Análises sem parâmetros inflamatórios, discreta acidemia metabólica sem compensação; enzimas cardíacas negativas; coagulação e função tiroideia normais

Evolução clínica: 24h após entrada mantinha-se prostrada e com défices sobreponíveis. Realizou reavaliação analítica que revelou elevação dos parâmetros inflamatórios, suspeita de ITU, foi algaliada, efetuada urocultura e iniciou antibioterapia. Por estabilidade clínica e necessidade de reabilitação e vigilância foi transferida para o serviço de medicina. Durante o internamento teve melhoria do estado de consciência ficando vígil, mas com afasia global(?), iniciou programa de fisioterapia motora mas manteve hemiparesia flácida do MSdto. Apresentou dificuldade em mobilizar secreções, mas com a recuperação do estado de consciência e levante para cadeirão teve alguma melhoria. Apresentou durante o internamento hiperglicemias, mas foi excluído o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II. Desenvolveu UP grau III na região sagrada, a qual era tratada com penso em dias alternados com Inadine®. Saiu com alta para o domicílio, algaliada, com SNG e informação para colocação de PEG por disfagia para líquidos, necessidade de oxigenoterapia (por cateter bi-nasal ou máscara) intermitente, aspiração de secreções no domicílio e manutenção da terapêutica anti-agregante, com total dependência a nível das AVD (Escala de Barthel = 0) e com indicação para continuar o programa de reabilitação motora.

Data de alta: 09/09/2014

Tipo de encaminhamento: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Unidade de Cuidados na Comunidade (ao cuidado da Enfermeira Especialista de Reabilitação)

Expectativas do cuidador: Que a utente se consiga transferir ou manter sentada na cadeira de rodas, para poderem sair de casa e ir á missa; e que consiga utilizar o computador.

História da Doença Progressa

Antecedentes pessoais:

- . Sequelas de poliomielite aos 18 anos (com escoliose secundária e correção cirúrgica da articulação do joelho direito, com fixação em extensão e da tibiotársica esquerda em flexão);
- . Luxação da articulação coxofemoral esquerda;
- . Nevralgia pós-herpética do hemitórax esquerda;
- . Acidente de viação, há mais 10 anos, com lesão do membro superior esquerdo (limitação da amplitude articular do cotovelo e escapulo-umeral)
- . Infecção do trato urinário de repetição;
- . Fibrilhação auricular crónica;
- . Síndrome de apneia obstrutiva do sono;
- . Asma brônquica, há mais de 14 anos, e alergias cutâneas (pólen);
- . Patologia tiroideia auto-imune;
- . Glaucoma;
- . Erisipela de repetição, a nível dos membros inferiores;
- . Gota úrica;

Terapêutica ambulatória:

- . Gabapentina
- . Digoxina
- . Verapamil
- . Fluticasona + Salmeterol

- . Montelucaste
- . Hidroxizina
- . Levoceterizina
- . Metibasol
- . Levotiroxina sódica
- . Brinzolamida + Timolol
- . Monoprost
- . Folifer
- . Oxigénio 1,5 a 3 l/min SOS

Hábitos de vida anteriores: Independente a nível das AVD, em cadeira de rodas, com vida social ativa.

História Social

Condições habitacionais: Casa com piso térreo, com quarto e wc adaptados, cama articulada, cadeira de rodas, cadeira de duche, aspirador de seções, medidor de TA e concentrador de oxigénio;

Envolvente social: Tem apoio domiciliário de ajudantes familiares para os cuidados de higiene, dos amigos para o levante e AIVD e do marido para a satisfação das restantes AVD;

Qualidade de vida afetada e suas dimensões: Pessoal, social/relacional.

Exame Físico Geral (15/10/2014)

Estado geral: Aparência geral adequada á idade; Pele e mucosas descoradas (anemia?) mas hidratadas;

Estado nutricional: Proposta para colocação de PEG, mas a utente retirou a SNG e iniciou dieta oral. Disfagia para líquidos, aconselhado espessante

Peso +/- 65kg **Altura** 1,58 m **IMC** 26

Avaliação neurológica:

Estado de consciência	. Estado de vigília, desperta, reativa aos estímulos verbais . Escala de Comas de Glasgow - score 11/12 (O-4;V-1/2; M-6)
Atenção	. Atenção mantida para estímulos externos . Tenacidade comprometida (só por vezes tem capacidade de manter a atenção numa tarefa específica) . Sem capacidade de concentração numa atividade mental
Memória	. Impossível de avaliar por défice de comunicação
Capacidades práticas	. Mantém alguma capacidade de efetuar gestos simbólicos (ex: sinal da cruz), ou icónicos transitivos (ex: pentear-se) e icónicos intransitivos (ex: fazer adeus)
Linguagem	. Apresenta disartria/afasia, com discurso por vezes impercetível, outras vezes com frases curtas e percetíveis contextualizadas, após muita insistência . Compreende algumas ordens simples . Incapaz de nomear objetos ou repetir palavras

Pares cranianos	I – Olfativo	Aparentemente mantido; identifica odores
	II - Ótico	Diminuição da visão periférica – visão tubular (aguarda reavaliação por oftalmologia – Glaucoma)
	III – Motor ocular comum	Movimentos oculares normais, simétricos e coordenados; ausência de ptose palpebral
	IV – Patético	
	VI – Motor ocular externo	
	V – Trigêmeo	Apresenta movimentos de mastigação; sensibilidade diminuída a nível da hemiface esq.
	VII – Facial	Ligeiro apagamento do sulco nasogeniano á esq. quando sorri; sem desvio da comissura labial em repouso
	VIII – Estado-acústico	Acuidade auditiva mantida bilateralmente; sem equilíbrio estático sentado
	IX – Glossofaríngeo	Aparentemente distingue os sabores (doce/amargo)
	X – Pneumogástrico	Voz rouca quando emite palavras perceptíveis; reflexo de vômito presente
	XI – Espinhal	Mantido, mas com força muscular diminuída
	XII – Grande hipoglosso	Dificuldade na articulação de palavras; disfagia para líquidos; acumulação de saliva e expetoração na boca

Avaliação Motricidade:

	Membro superior Dto.	Membro inferior Dto.	Membro superior Esq.	Membro inferior Esq.
Força muscular (Escala de Lower)	Grau 0	Grau 0	Grau 3, á custa da articulação escapulo-umeral	Grau 2
Tónus muscular (Escala modificada de Ashworth)	Grau 2, a nível de todos os segmentos articulares	Grau 2, com exceção da articulação do joelho onde existe fixação em extensão com material de osteossíntese (impossível de mobilizar)	Grau 0 a nível do punho e dedos, com exceção da articulação escapulo-umeral e do cotovelo, onde apresenta resistência ao movimento (sequelas pós-traumáticas)	Grau 3, com exceção da articulação tibiotársica onde existe fixação em dorsiflexão com material de osteossíntese (impossível de mobilizar)
Amplitude articular	Diminuída a nível da articulação escapulo-umeral, com dor na amplitude de 90°	Diminuída a nível da articulação coxofemoral, com dor na amplitude articulação acima dos 45°	Realiza apenas movimentos com amplitude de 45° a nível da articulação escapulo-umeral e refere dor á extensão do cotovelo acima de 90°	Diminuída a nível da articulação coxofemoral, com dor na amplitude articulação acima dos 45°
Coordenação Motora	. Apresenta alguma coordenação motora a nível de gestos icónicos, como pentear e escovar os dentes, mas não consegue realizar a prova index-nariz, por défice de atenção/concentração			
Equilíbrio	. Não apresenta equilíbrio estático sentado			

Avaliação da Sensibilidade:

		Face		Membro Superior		Tronco	Membro Inferior	
		Dto.	Esq.	Dto.	Esq.		Dto.	Esq.
Superficial	Tátil	P	D	A	P	P	A	D
	Térmica	P	D	A	P	P	A	P
	Dolorosa	P	P	A	P	P	A	P
Profunda	Não avaliada por falta de colaboração da utente							
A (ausente); D (diminuída); P (presente)								

Avaliação da terapia da Fala (23/10/2014):

- Utente consegue acompanhar missa, rezar e emitir cânticos religiosos, com som audível, perceptível, mas rouco;
- Segundo o marido a utente consegue ler os folhetos da igreja;
- Afasia anômica, por dificuldade de nomeação de algumas palavras, quando fornecida 1ª sílaba, consegue terminar a palavra;
- Voz rouca, provável incapacidade ventilatória e reduzido volume corrente
- Sugerido ao cuidador efetuar treino de nomeação de palavras com ajuda silábica na 1ª sílaba e leitura em voz alta.

Escalas de Avaliação das Atividades de Vida Diária

INDICE DE BARTHEL	
Higiene pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal
Evacuar	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)
Urinar	0 = Incontinente ou algaliado
Ir à casa de banho	0 = Dependente
Alimentar-se	0 = Incapaz
Transferências	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se
Mobilidade	0 = Imobilizado
Vestir-se	0 = Dependente
Escadas	0 = Incapaz
Banho	0 = Dependente
Total = 0 (Totalmente dependente)	

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)		
		Score
Autocuidado	Alimentação	1
	Higiene pessoal	1
	Banho	1
	Vestir metade superior	1
	Vestir metade inferior	1
	Uso da sanita	1
	Bexiga	1
Controlo de Esfíncteres	Intestino	1
	Cama, Cadeira, Cadeira de rodas	1
Mobilidade Transferências	Sanita	1
	Banheira/Duche	1
	Marcha/Cadeira de rodas	1
Locomoção	Escadas	1
	Compreensão	1
Comunicação	Expressão	1
	Interação social	1
	Resolução de problemas	1
	Memória	1
Total = 18 (Assistência total em todas as funções)		

Avaliação das Necessidades Humanas Fundamentais

1. Respirar Normalmente	
Padrão respiratório	Tipo: Predominantemente torácica Ritmo: Respiração regular Frequência: +/- 18 c/min Amplitude: Pequena amplitude Simetria: Expansão torácica aparentemente simétrica
Saturação de oxigénio	96%
Inspeção do tórax	Assimétrico, com anteriorização da grelha costal á direita
Auscultação pulmonar	Fervores crepitantes apicais e dificuldade na auscultação do murmúrio vesicular a nível dos lobos inferiores
Tosse	Pouco eficaz; precisa de ajuda para mobilizar e eliminar secreções
Expetoração	Mucosa em moderada quantidade
Terapêutica	Inaladores por câmara expansora (Fluticasona + Salmeterol)
2. Comer e Beber	
Hábitos alimentares prévios	Alimentação oral, sem restrições
Alergias	Sem alergias alimentares
Hábitos alimentares atuais	Removida SNG, iniciou ingestão oral, dieta mole; não apresenta disfagia, mas recusa ingestão de líquidos

3. Eliminar	
Padrão eliminação habitual	Sem alterações na eliminação vesical (exceto ITU de repetição) ou intestinal
Padrão eliminação atual	Foi desalgaliada, urina espontaneamente para a fralda; apresenta incontinência vesical e intestinal
4. Deslocar-se e Manter uma Postura Desejável	
Hábitos de exercício	Sem hábitos de exercício regular; sedentarismo
Limitações existentes	Incapacidade em andar por sequelas de poliomielite e diminuição da força no membro superior esq. após acidente de viação
Necessidade de ajuda/equipamento	Dependente de cadeira de rodas elétrica adaptada para deslocação
Atualmente	Mobilidade mais limitada, por hemiparésia dta; acamada, faz levantar diário para cadeirão
5. Dormir e Descansar	
Padrão habitual	Sem alterações do padrão; não tomava medicação
Padrão atual	Mantém padrão de sono habitual
6. Vestir-se e Despir-se	
Padrão habitual	Independente no vestir e despir
Dificuldades atuais	Totalmente dependente do marido nestas atividades
7. Manter a Temperatura Corporal	
Padrão habitual	Independente na termorregulação; sem compromisso fisiológico conhecido
Dificuldades atuais	Incapaz de manifestar frio ou calor, por défices neurológicos/cognitivos pós-AVC.
8. Manter o Corpo Limpo e Proteger os Tegumentos	
Hábitos de higiene	Independente nos cuidados de higiene
Necessidades atuais	Completamente dependente nestas atividades; prestados cuidados de higiene no leito (por ajudantes de família), porque apesar de ter casa de banho adaptada, não consegue manter o equilíbrio sentada
9. Evitar os Perigos	
Como percecionava os perigos/prevenção da doença	Sem problemas de perceção
Perceção atual	Sem perceção dos perigos por défice cognitivo. Tem apoio do marido, que se encontra informado da situação clínica da utente
10. Comunicar e Expressar Emoções, Necessidades	
Capacidade prévia de comunicar e se exprimir	Comunicava verbalmente sem alterações fisiológicas ou intelectuais
Dificuldades decorrentes da situação clínica	Disartria, compreende ordem simples, mas emite apenas alguns sons e palavras dispersas
11. Praticar de Acordo com a Sua Fé	
Práticas prévias	Católica praticante e muito devota; assistia semanalmente à missa e dava catequese em diversas congregações
Práticas atuais	Assiste missa pela televisão á qual presta muita atenção, semanalmente capelão local realiza a missa no seu domicílio, que a utente assiste; A expectativa do marido é conseguir levá-la em cadeira de

	rodas á missa dominical
12. Trabalho e Realização Profissional	
Atividade profissional previa	Reformada de serviços administrativos; até á ocorrência do AVC encontrava-se no final da licenciatura em Teologia
Limitações atuais á prática da atividade profissional	Incapacidade em manter atividades anteriores
13. Divertir-se	
Atividade habitual	Dava catequese todos os fins-de-semana e participavas ativamente nas atividades igreja; Tem animal de estimação, uma cadela que vive com ela no domicilio
Limitações atuais	Incapacidade em manter atividades sociais anteriores, nem cuidar do animal de estimação
14. Aprender	
Práticas prévias	Sem défices cognitivos; com gosto pela aprendizagem, tendo realizado uma licenciatura após a reforma e a terminar uma segunda
Práticas atuais	Défices de atenção e compreensão, que dificultam as aprendizagens a nível da reabilitação respiratória e motora e das AVD

Diagnósticos de Enfermagem:

- . Alteração da NHF de respirar, relacionada com estase brônquica por imobilidade e asma brônquica manifestada por ferveores crepitantes a nível dos lobos pulmonares superiores e diminuição dos murmúrios vesiculares nos lobos inferiores
- . Alteração da NHF de deslocar-se e manter uma postura desejável, relacionada com AVC do hemisfério esq. e imobilidade, manifestada por hemiplegia dta, diminuição da força muscular no membro sup. esq. e ausência de equilíbrio
- . Alteração da NHF de deslocar-se e manter uma postura desejável, relacionada com imobilidade e alterações neurológicas/cognitivas, manifestada por redução da motricidade fina da mão esq.
- . Alteração da NHF de comunicar relacionada com AVC do hemisfério esq., manifestada por disartria
- . Alteração das NHF de comunicar e aprender, relacionada com AVC do hemisfério esq., manifestada por défice de atenção e concentração
- . Alteração da NHF de proteger os tegumentos, relacionada com imobilidade pós AVC, manifestada por ulcera de pressão de grau III a nível da nádega dta. (junto á região sagrada)

PLANO DE INTERVENÇÃO

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Atividades	Avaliação
15/10/2014	Alteração da NHF de respirar, relacionada com estase brônquica por imobilidade e asma brônquica manifestada por fôvres crepitantes a nível dos lobos pulmonares superiores e diminuição dos murmúrios vesiculares nos lobos inferiores	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a limpeza das vias aéreas; - Prevenir e minimizar complicações infecciosas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do padrão respiratório, de sinais de dificuldade respiratória e da oximetria de pulso, antes e após a realização dos exercícios respiratórios; - Realização de auscultação pulmonar antes e após a realização dos exercícios respiratórios; - Colocação de oxigénio por cateter bi-nasal ou administração de broncodilatador, prévios à intervenção, se apresentar sinais de dificuldade respiratória, baixas saturações de O₂ periféricas ou broncospasmo; - Realização de: <ul style="list-style-type: none"> . manobras acessórias de desprendimento e progressão das secreções (percussão e vibração); . tosse assistida; . incentivo à expulção ou deglutição das secreções e se necessário proceder à sua aspiração; - Após estabilizar: <ul style="list-style-type: none"> . posição de descanso e relaxamento; . consciencialização da respiração, com dissociação dos tempos respiratórios; . abertura costal seletiva (tendo em conta as limitações físicas da utente) - Efetuar registos no SAPE. 	<p>22/10/2024</p> <p>Utente com acessos de tosse produtiva frequentes, mas pouco eficazes, fôvres crepitantes acentuados a nível dos lobos pulmonares superiores. Efetuadas manobras acessórias de desprendimento e progressão das secreções e tosse assistida, com efeito tendo, a Sra. F., expetorado abundantemente (expetoração mucosa). Auscultação posterior com fôvres muito menos audíveis e sessação da tosse. Foi colocada em posição de descanso e relaxamento, com consciencialização da respiração, com dissociação dos tempos respiratórios</p>
15/10/2014	Alteração da NHF de deslocar-se e manter uma postura desejável,	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a mobilidade e amplitude articular a nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do grau de força e do tónus a nível cervical e dos 4 membros; - Explicação de cada atividade antes da sua realização e estimulação da pessoa para visualizar os exercícios; 	<p>21/10/2014</p> <p>Apresenta força de grau 0 no hemicorpo dto., de grau 3 no membro sup. esq. e a</p>

<p>relacionada com AVC do hemisfério eq. e imobilidade, manifestada por hemiplegia dta, diminuição da força muscular no hemicorpo eq. e ausência de equilíbrio</p>	<p>do hemicorpo dto;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a força muscular no hemicorpo eq. e cervical; - Restabelecer o equilíbrio sentada; - Prevenir complicações da imobilidade (estase venosa, TVP e contraturas). 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de mobilização de todos os segmentos articulares, de acordo com a mobilidade, amplitude articular, colaboração e tolerância da Sra. F.: . mobilizações passivas a nível do hemicorpo dto.; . mobilizações ativas assistidas, ativas ou ativas resistidas a nível cervical e membro sup. eq.; . mobilizações ativas assistidas a nível do membro inf. eq.; - Incentivar a realização de auto-mobilizações do memb. sup. dto.; - Execução de atividades terapêuticas como o rolar para o lado mais afetado, exercícios de equilíbrio estático e dinâmico sentado (leito e cadeira), transferência para cadeira; - Treino de equilíbrio estático sentada; - Estimulação da participação ativa da pessoa em todas as atividades e reforço positivo; - Envolvimento do cuidador, nas atividades terapêuticas após instrução, ensino e treino e esclarecimento de dúvidas; - Reforço do ensino ao cuidador sobre a importância do posicionamento em padrão anti-espástico; - Estimular o cuidador a efetuar mobilizações, "jogos de transferência de objetos", rolar, transferência e posicionamentos em padrão anti-espástico (mesmo quando sentada), ao longo do dia e nos dias em que não há visita domiciliar; - Efetuar registos no SAPE. 	<p>nível cervical, e de grau 2 no membro inferior eq..</p> <p>Realizadas mobilizações passivas a nível do hemicorpo dto., ativas assistidas, a nível cervical e hemicorpo eq.. Feito treino de rolar para o lado afetado e de equilíbrio estático sentada no leito. E também levante para cadeira de rodas, com apoio de amiga e posicionamento do membro sup. dto. em padrão anti-espástico.</p>
<p>15/10/2014</p> <p>Alteração da NHF de deslocar-se e manter uma postura desejável, relacionada com imobilidade e alterações</p>	<p>-Melhorar coordenação motora do membro sup. eq. que permitam alimentar-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de mobilizações ativas e ativas resistidas dos segmentos articulares do membro sup. eq., com ênfase na mão e punho; - Incentivo á realização de atividades com preensão fina e coordenação, como: escovar o cabelo, escovar os dentes, comer por mão própria, desfolhar revistas/bíblia, apanhar objetos, etc. 	<p>21/10/2014</p> <p>Foi incentivada a amiga e o marido a estimularem a utente a realizar atividades autónomas. A Sra.F. ficou a treinar a escovagem do cabelo, a lavagem dos</p>

neuroológicas/cognitivas, coordenação do membro sup. esq.	sozinha e utilizar o computador (rato, teclado, ecrã)	- Reforço do ensino ao cuidador sobre a importância de estimular a utente a realizar estas atividades autonomamente	dentos e a ingestão de água por seringa
15/10/2014	Alteração da NHF de comunicar relacionada com AVC do hemisfério esq., manifestada por disartria e afasia anômica	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a qualidade da voz e de articulação das palavras. 	21/10/2014 Foi estimulada a Sra.F. a repetir palavras, a mencionar o seu nome e o do marido. No final da visita referiu o seu nome de modo perceptível
15/10/2014	Alteração das NHF de comunicar e aprender, relacionada com AVC do hemisfério esq., manifestada por défice de atenção e concentração	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulação de treino de articulação de palavras, através da sua repetição, com ajuda silábica na 1º sílaba, dando tempo para a sua expressão; - Incentivo á leitura em voz alta; - Estimulação da participação ativa da pessoa e reforço positivo; - Envolvimento do cuidador, nas atividades terapêuticas após ensino, instrução e treino; - Efetuar registos no SAPE. 	21/10/2014 Foi estabelecida comunicação verbal durante todos os procedimentos e solicitada a sua colaboração. Fica sentada na cadeira de rodas frente á televisão e com a sua cadela no colo
15/10/2014	Alteração da NHF de proteger os tegumentos, relacionada com imobilidade pós AVC, manifestada por ulcera de	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a capacidade de se expressar e de se envolver na sua recuperação 	21/10/2014 Refeito penso da ulcera de pressão com placa de poliuretano. Ferida com boa evolução apresenta tecido de epiteliação/granulação.

pressão de grau III a nível da nádega dta. (junto á região sagrada)	de pressão	do dia; . levantar para cadeira, com almofada anti-escaras, por curtos períodos; . reforço nutricional (se necessário aporte proteico e energético) e de hidratação; . controle da humidade da pele (mudança frequente da fralda); . penso, se necessário; - Sugerir a aquisição de um colchão anti-escaras; - Efetuar registos no SAPE.	Fica sentada na cadeira de rodas com almofada anti-escaras
---	------------	--	--

INFORMAÇÃO CLÍNICA

E

PLANO DE INTERVENÇÃO II

Utente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Dados Pessoais

Nome: APL

Data de nascimento: 28/06/1937 **Idade:** 77 anos

Sexo: Masculino **Etnia/raça:** Leucodermica

Escolaridade: 4º ano

Profissão/situação laboral: Reformado (carpinteiro)

Residência/morada: ...

Centro de saúde: CSP

Agregado familiar: Esposa

Pessoa significativa/cuidador: Esposa

Antecedentes Pessoais:

- . Tabagismo desde 17 anos (com evolução progressiva até +/- 60 cigarros dia)
- . Enfisema pulmonar há 10 anos
- . HTA
- . Dislipidémia
- . Hiperplasia benigna da próstata
- . Hérnia da linha branca

História da Doença Atual

Início da doença: Aparecimento dos sintomas +/- 10 anos, tosse frequente com expectoração, cansaço fácil, dispneia a pequenos esforços e emagrecimento acentuado, que o levou a recorrer ao médico de família. Realizou exames complementares de diagnóstico que confirmaram o diagnóstico de enfisema pulmonar

Recurso a cuidados de saúde: Recorria ao Serviço de Urgência Hospitalar, em média 7 a 8 vezes por ano (nos últimos 5 anos, até 2014). Seguido em consulta de cessação tabágica no centro de saúde desde 2008, tendo deixado de fumar definitivamente em meados de 2011 (segundo informação do utente), quando teve necessidade de iniciar terapêutica com OLD

Último internamento: 25/03/2013, no Serviço de Pneumologia

Motivo do internamento: Tosse produtiva com expectoração mucopurulenta e dispneia de agravamento progressivo

Diagnóstico: DPOC agudizada; Traqueobronquite aguda; Insuficiência cardíaca; HTA

Evolução clínica: Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de tosse produtiva com expectoração mucopurulenta, febre e dificuldade respiratória de agravamento progressivo com 5 dias de evolução. Referia dor torácica tipo pleurítica á dta.

Á admissão no hospital encontrava-se vígil e orientado, polipneico, com sat. O₂ 92%, febril. Á auscultação pulmonar murmúrio rude com fervores e sibilos dispersos bilaterais, aumento do tempo expiratório. No Rx tórax não apresentava condensação e analiticamente tinha valores de PCR elevada.

Diagnosticada traqueobronquite aguda condicionando agudização da DPOC, pelo que ficou internado. Iniciou tratamento com broncodilatadores, corticoide e antipirético associado a Levofloxacina.

Durante o internamento cumpriu 8 dias de antibioterapia e corticoterapia sistémica. Iniciou reabilitação respiratória com benefício clínico.

Á data da alta, apresentava melhoria gasimétrica com PH 7,45, PO₂ 90mmHg, PCO₂ 37mmHg, com O₂ a um débito 1,5 l/min.

Data de alta: 03/04/2013

Terapêutica prescrita á data da alta:

- . O₂ a 1,5 l/min 24 h/dia
- . Omeprazol
- . Fluimucil
- . Lopicortinolo

Tipo de encaminhamento: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Unidade de Cuidados na Comunidade (ao cuidado da Enfermeira Especialista de Reabilitação)

Expectativas do utente: Manter-se independente nas AVD, conseguir sair á rua e dar os seus passeios diários e ver resolvidos os problemas da Hérnia e da Próstata

Terapêutica atual:

(revista pelo médico de família)

- . O₂ a 1,5 l/min 24h por dia
- . Ventilan (Salbutamol)
- . Atrovent (Brometo ipatrópio)
- . Miflonide (Budesonida)
- . Spiriva (Tiotrópio)
- . Formaterol (Formaterol fumarato)
- . Veraspir (Fluticasona + Salmeterol)
- . Lopicortinolo (Prednisolona)
- . Unicontim (Teofilina)
- . Enalapril
- . Omeprazol

Gestão das exacerbações: Quando sente agravamento da sua dispneia e ansiedade aumenta o aporte de O₂ para 2 l/min e aumenta o nº de inalações dos aerossóis, nomeadamente do Ventilan e do Veraspir. Quando não consegue reverter os sintomas recorre à urgência hospitalar. Último episódio, com recurso ao Serviço de Urgência, as sem internamento, ocorreu em fevereiro deste ano (2014).

Enquadramento Social

Condições habitacionais: Residia numa moradia com 2 pisos. Após início dos sintomas e dificuldade em subir as escadas, alugou casa, T3, no r/c de um prédio com 3 andares, a qual tem apenas um degraus para transpor da rua até casa. Habita com a esposa, com quem partilha as atividades domésticas, por esta também apresentar dificuldades de locomoção (a aguardar cirurgia ortopédica ao joelho).

Envolvente social: Tem o apoio esporádico dos filhos (2). Reduziu o convívio social com os amigos, por este ser maioritariamente na sociedade recreativa local, com grande concentração de fumo de tabaco. Continua a sair para fazer os seus passeios diários e ir às compras com a esposa. Consegue conduzir o automóvel. Deixou de frequentar a casa do filho por este residir num 2º andar sem elevador.

Qualidade de vida afetada e suas dimensões: Social, pela redução do convívio com amigos; familiar, por incapacidade em ir às comemorações na casa do filho; e pessoal por se sentir permanentemente cansado ao realizar as AVD ou AIVD

Hábitos de vida atual: Independente nas AVD. Passa a maior parte do seu dia em casa a ver TV ou no computador, pois necessita de O₂ permanente. Diariamente vai com a esposa dar um passeio matinal e fazer compras sempre que necessário. Tem um reservatório criogénico de oxigénio líquido no domicílio e uma mochila/reservatório portátil com autonomia para 3 horas. A curta autonomia da mochila não lhe permite permanecer na casa dos filhos, nem fazer viagens mais distantes (por ex. a sua terra natal)

Exame Físico Geral

Estado geral: Idade aparente semelhante à idade real. Consciente e orientado no espaço, tempo e pessoa, com comunicação verbal e não-verbal mantida. Sem défices visuais ou auditivos. Pele e mucosas hidratadas, e face rosada. Tem hipocratismo digital em ambas as mãos

Estado emocional: Ansioso por não conseguir estabelecer um acompanhamento médico regular e pela iminência de alta da UCC e da assistência domiciliária da enfermeira de reabilitação.

Estado nutricional:

Peso 78 kg **Altura** 1,65 m **IMC** 28,7 (pré-obesidade)

Função respiratória:

Padrão respiratório

Tipo: predominantemente torácica superior

Ritmo: regular

Frequência: +/- 22 cic/min

Amplitude: superficial

Simetria: Expansão torácica assimétrica, com maior expansão á dta

Saturação de oxigênio: +/- 94% em repouso

Inspeção do tórax: tórax globoso, em tonel

Auscultação pulmonar: sibilos expiratórios nos 1/3 médio e superior no hemitórax dto e 1/3 superior do hemitórax esq. e redução do murmúrio vesicular nos 1/3 inferiores bilateralmente e 1/3 médio do hemitórax esq.

Sintomas:

- . Tosse crônica, mais acentuada ao esforço
- . Boca seca e saliva gelatinosa
- . Expetoração mucosa reduzida
- . Toracalgia tipo pontada, na face posterior média do hemitórax dto, á inspiração (dor pleurítica?)
- . Dispneia de instalação progressiva, ligeira em repouso e mais acentuada no esforço, que se vai acentuando ao longo do dia. As crises são desencadeadas por esforço intenso ou ansiedade, ocorrem 1 a 2 vezes por mês, são acompanhadas por pieira e palpitações, e melhoram com posições de descanso, aumento do fluxo de O₂ e administração de broncodilatadores

Terapêutica: O₂ a 1,5 l/min contínuo; Ventilan, Atrovent, Miflonide, Spiriva, Formaterol, Veraspir, Lepicortinolo e Unicontim

Função motora: Sem défices motores aparentes. Força muscular mantida, grau 5 (escala Lower) a nível dos quatro membros e região cervical. Apresenta diminuição da massa muscular a nível dos membros inferiores, mas sem edemas.

Avaliação das Necessidades Humanas Fundamentais

1. Respirar Normalmente

Padrão habitual: Respiração espontânea, predominantemente torácica superior, superficial mas regular. Dispneia ligeira em repouso e a pequenos esforços.

Tolerância ao esforço: Apresenta alguma tolerância ao esforço, com cansaço a médios esforços, como subir degraus ou carregar os sacos mais pesados das compras. Necessita manter O₂ contínuo em todos os exercícios e em repouso

Gestão das exacerbações: Quando sente agravamento da sua dispneia e ansiedade aumenta o aporte de O₂ para 2 l/min e aumenta o nº de inalações dos aerossóis, nomeadamente do Ventilan e do Veraspir. Quando não consegue reverter os sintomas recorre á urgência hospitalar. Último episódio, com recurso ao Serviço de Urgência, as sem internamento, ocorreu em fevereiro deste ano (2014).

2. Comer e Beber

Hábitos alimentares no início dos sintomas: Sem restrições alimentares, com dieta rica em gorduras e sal. Após início dos sintomas teve perda de peso por dificuldade respiratória durante a ingestão de alimentos

Hábitos alimentares atuais: Faz cerca de 5 refeições diárias. Dieta hipossalina (por HTA), mas sem outras restrições. Prefere a carne ao peixe. Refere ter dificuldade na ingestão diária da quantidade adequada de água

3. Eliminar

Padrão eliminação habitual: Não apresenta alteração do padrão de eliminação vesical ou intestinal. Refere que por vezes tem dificuldade em iniciar a micção (HBP)

4. Deslocar-se e Manter uma Postura Desejável

Sem défices motores ou articulares aparentes.

Limitações existentes: Apresenta diminuição da massa muscular a nível dos membros inferiores

Hábitos de exercício: Faz caminhadas diárias de 30 a 60 min. Também realiza diariamente os exercícios respiratórios da RFR ensinados pela enfermeira de reabilitação. Quando se sente menos cansado realiza também exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores com elástico. Uma vez por semana tem visita da EEER para avaliar a situação clínica (TA, Sat. O₂, auscultação pulmonar) e validar a correta execução dos exercícios e correta administração da inaloterapia

5. Dormir e Descansar

Hábitos de sono no início dos sintomas: No início dos sintomas dormia quase sentado, por ortopneia

Padrão atual: Dorme cerca de 6 a 8 horas por noite, exceto quando anda mais ansioso ou teve uma crise de dispneia durante o dia. Nesses casos fica mais cansado, mas tem mais dificuldade em adormecer e em ter um sono profundo e reparador

6. Vestir-se e Despir-se

É independente na satisfação desta NHF, no entanto tem de realizar estas tarefas sentado, para reduzir a dispneia e o cansaço

7. Manter a Temperatura Corporal

É independente na satisfação desta NHF

8. Manter o Corpo Limpo e Proteger os Tegumentos

É independente na satisfação desta NHF, no entanto realiza os cuidados de higiene sentado. Refere ligeiro aumento da dispneia quando lava a cabeça e os membros inferiores até ao joelho

9. Evitar os Perigos

Conhece perfeitamente a sua patologia, os fatores agravantes e os de alívios, mas por vezes tenta testar os seus limites. Sabe gerir as exacerbações e quando sai fora do seu controle recorre aos serviços de saúde

10. Comunicar e Expressar Emoções, Necessidades

Não apresenta alterações de linguagem, ou audição. É muito comunicativo e não apresenta dificuldades na expressão de dúvidas ou sentimentos

11. Praticar de Acordo com a Sua Fé

Não apresenta problemas na satisfação desta necessidade. Sempre que pode vai á igreja

12. Trabalho e Realização Profissional

Encontra-se reformado. Gostaria de ainda conseguir fazer pequenos trabalhos na sua área (carpintaria), mas como isso implica muito pó (madeira) e gases tóxicos (vernizes), não os consegue realizar

13. Divertir-se

Tinha uma vida socialmente ativa até ao aparecimento dos sintomas respiratórios, altura em que se começou a isolar em casa. Atualmente a sua ocupação/diversão passa pela visualização de Televisão, utilizar o computador, brincar com a neta e por vezes ir a casa da filha

14. Aprender

Não apresenta dificuldades de compreensão, nem constrangimentos de aprendizagem. Tem necessidade de estabelecimento de um programa formal de exercícios de RFR e fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores.

Avaliação da dispneia e da qualidade de vida

Escala de Dispneia Medical Research Council

Grau I	Sem dispneia a não ser no exercício físico violento
Grau II	Ligeira - dispneia objetivável por taquipneia na marcha acelerada em plano ou numa subida ligeira
Grau III	Moderada - o doente é obrigado, pela dispneia (objetivável por taquipneia), a caminhar, em plano, mais lentamente do que as pessoas da mesma idade
Grau IV	Grave - a dispneia obriga à suspensão da marcha após andar, em plano, 90 m a 100m;
Grau V	Muito grave - atos simples como vestir e despir implicam dispneia; incapacidade de sair de casa por causa da dispneia.

Escala London Chest Activity of Daily Living

Cuidados pessoais	Scores:
1) Secar-se após o banho <u>2</u>	(0) Não executo essa atividade (porque nunca precisei fazer isso ou é irrelevante).
2) Vestir a camisa, casaco <u>2</u>	(1) Não sinto falta de ar ao executar essa atividade.
3) Calçar sapatos/meia <u>2</u>	(2) Sinto falta de ar moderada ao executar essa atividade.
4) Lavar a cabeça <u>3</u>	(3) Sinto muita falta de ar ao executar essa atividade.
Atividades domésticas	(4) Não consigo mais executar essa atividade devido à falta de ar e não tenho ninguém que possa fazer isso por mim.
5) Arrumar a cama <u>2</u>	(5) Não consigo mais executar essa atividade devido à falta de ar e preciso que alguém faça isso por mim ou me auxilie.
6) Trocar os lençóis <u>3</u>	
7) Lavar janelas/cortinas <u>5</u>	
8) Limpar o pó <u>2</u>	
9) Lavar a louça <u>2</u>	
10) Aspirar/varrer <u>3</u>	
Atividade física	
11) Subir escadas <u>5</u>	
12) Curvar-se <u>3</u>	
Lazer	
13) Caminhar em casa <u>1</u>	
14) Sair socialmente <u>4</u>	
15) Falar/conversar <u>1</u>	
Geral	
16) Quanto a falta de ar afeta as suas atividades de vida diária?	
() Muito (X) Pouco () Nada	
Avaliação: Apresenta uma incapacidade moderada a nível da realização das AVD (score total = 40 de 75)	

Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ)

Parte 1					
	Maioria dos dias da semana (5-7 dias)	Vários dias na semana (2-4 dias)	Alguns dias no mês	Só com infeções respiratórias	Nunca
1) durante os últimos 3 meses tossi	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) durante os últimos 3 meses tive expetoração	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) durante os últimos 3 meses tive falta de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) durante os últimos 3 meses tive “ruído no peito”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mais de 3	3	2	1	Nenhuma
5) Durante os últimos 3 meses, quantas vezes teve crises graves de dispneia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
		1 semana ou mais	3 ou mais dias	1 ou 2 dias	menos de 1 dia
6) Quanto tempo durou a pior dessas crises? (passe para a pergunta 7 se não teve crises graves)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
	nenhum dia	1 ou 2 dias	3 ou 4 dias	quase todos os dias	todos os dias
7) Durante os últimos 3 meses, numa semana considerada como habitual, quantos dias com poucos problemas respiratórios teve:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
				sim	não
8) Se tem “ruído no peito”, ele é pior de manhã?				<input type="checkbox"/>	X
• Parte 2					
♦ Seção 1					
		É o meu maior problema	Causa-me muitos problemas	Causa-me alguns problemas	Não me causa nenhum problema
A) Assinale um só quadrado para descrever a sua doença respiratória:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
B) Se já teve um trabalho remunerado, assinale um dos quadrados: (passe para a Seção 2, se não trabalha)					
– a minha doença respiratória obrigou-me a parar de trabalhar <input type="checkbox"/>					
– a minha doença respiratória interfere (ou interferiu) com o meu trabalho normal ou já me obrigou a mudar de trabalho <input type="checkbox"/>					
– a minha doença respiratória não afeta (ou não afetou) o meu trabalho <input type="checkbox"/>					
♦ Seção 2					
				sim	não
As perguntas abaixo referem-se às atividades que normalmente lhe têm provocado falta de ar nos últimos dias.					
– estar sentado ou deitado				X	X
– tomar banho ou vestir-se				<input type="checkbox"/>	X
– caminhar dentro de casa				<input type="checkbox"/>	X
– caminhar em terreno plano				X	<input type="checkbox"/>
– subir um lance de escada				X	<input type="checkbox"/>
– subir ladeiras				X	<input type="checkbox"/>
– praticar desporto ou jogos que impliquem esforço físico					
♦ Seção 3					
				sim	não
– a minha tosse causa-me dor				<input type="checkbox"/>	X
– a minha tosse cansa-me				X	<input type="checkbox"/>
– tenho falta de ar quando falo				<input type="checkbox"/>	X
– tenho falta de ar quando dobro o corpo para a frente				<input type="checkbox"/>	X
– a minha tosse ou falta de ar perturba meu sono				<input type="checkbox"/>	X
– fico exausto/a com facilidade				X	<input type="checkbox"/>
♦ Seção 4					
				sim	não
– a minha tosse ou falta de ar deixam-me envergonhado/a em público				X	<input type="checkbox"/>

– a minha doença respiratória é inconveniente para a minha família, amigos ou vizinhos	X	<input type="checkbox"/>
– tenho medo ou mesmo pânico quando não consigo respirar	X	<input type="checkbox"/>
– sinto que minha doença respiratória escapa ao meu controle	X	<input type="checkbox"/>
– eu não espero nenhuma melhoria da minha doença respiratória	X	<input type="checkbox"/>
– a minha doença debilitou-me fisicamente, o que faz com que eu precise da ajuda de alguém	X	<input type="checkbox"/>
– fazer exercício é arriscado para mim	X	<input type="checkbox"/>
– tudo o que faço parece ser um esforço muito grande	X	<input type="checkbox"/>
◆Seção 5 (passe para a Seção 6 se não toma medicamentos)	sim	não
– a minha medicação não me está a ajudar muito	<input type="checkbox"/>	X
– fico envergonhado/a ao tomar medicamentos em público	<input type="checkbox"/>	X
– a minha medicação provoca-me efeitos colaterais desagradáveis	X	<input type="checkbox"/>
– a minha medicação interfere muito com o meu dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	X
◆Seção 6	sim	não
– levo muito tempo a lavar-me ou vestir-me	X	<input type="checkbox"/>
– demoro muito tempo ou não consigo tomar banho de chuveiro ou na banheira	<input type="checkbox"/>	X
– ando mais devagar que as outras pessoas, ou tenho que parar para descansar	X	<input type="checkbox"/>
– demoro muito tempo para realizar as tarefas como o trabalho doméstico, ou tenho que parar para descansar	X	<input type="checkbox"/>
– quando subo um lance de escada, vou muito devagar, ou tenho que parar para descansar	X	<input type="checkbox"/>
– se estou apressado/a ou caminho mais depressa, tenho que parar para descansar ou ir mais devagar	X	<input type="checkbox"/>
– por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade em realizar atividades como: subir ladeiras, carregar objetos, subir escadas, dançar	X	<input type="checkbox"/>
– por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldades em fazer atividades como: carregar grandes pesos, correr, andar muito rápido ou nadar	X	<input type="checkbox"/>
– por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade em fazer atividades como: trabalho manual pesado, nadar rápido ou praticar desportos muito cansativos	X	<input type="checkbox"/>
◆Seção 7	sim	não
A) Assinale outras atividades que geralmente podem ser afetadas pela sua doença respiratória no seu dia-a-dia:		
– Praticar desportos ou jogos que impliquem esforço físico	X	<input type="checkbox"/>
– Sair de casa para me divertir	X	<input type="checkbox"/>
– Sair de casa para fazer compras	<input type="checkbox"/>	X
– Fazer o trabalho doméstico	<input type="checkbox"/>	X
– Sair da cama ou da cadeira	<input type="checkbox"/>	X
B) A lista seguinte descreve uma série de outras atividades que o seu problema respiratório o pode impedir de realizar		
– Passear a pé ou passear com o seu cachorro	<input type="checkbox"/>	X
– Fazer o trabalho doméstico ou jardinagem	<input type="checkbox"/>	X
– Ter relações sexuais	<input type="checkbox"/>	X
– Ir à igreja, bar ou a locais de diversão	X	<input type="checkbox"/>
– Sair com mau tempo ou permanecer em locais com fumo de cigarro	X	<input type="checkbox"/>
– Visitar a família e os amigos ou brincar com as crianças	X	<input type="checkbox"/>
C) Assinale a resposta que melhor define a forma como é afetado/a pela sua doença respiratória:		
– Não me impede de fazer nenhuma das coisas que eu gostaria de fazer	<input type="checkbox"/>	
– Impede-me de fazer uma ou duas coisas que eu gostaria de fazer	X	
– Impede-me de fazer a maioria das coisas que eu gostaria de fazer	<input type="checkbox"/>	
– Impede-me de fazer tudo o que eu gostaria de fazer	<input type="checkbox"/>	
Avaliação: no domínio dos Sintomas, verifica-se alteração da qualidade de vida (13 pontos); no domínio das AVD verifica-se alteração significativa da qualidade de vida (24 pontos); no domínio psico-social (6 pontos) verifica-se um impacto psico-social moderado		

Diagnósticos de enfermagem:

- Alteração da NHF de respirar e deslocar-se e manter uma postura desejável, relacionada com DPOC manifestada por dispneia grau III e cansaço a médios esforços

- Alteração da NHF Comer e Beber, relacionada com ingestão inadequada de carboidratos, proteínas e líquidos, manifestada por IMC 27,5

Plano para a alta:

Utente praticamente autónomo na gestão da sua doença, com previsão de alta da UCC num curto espaço de tempo. Aparentemente tem ainda necessidade de reforço e validação de alguns ensinamentos e práticas, e estabelecimento de um programa de reabilitação personalizado, que possa seguir diariamente, após a alta.

1º Passo – Reforço do ensino

- Medidas preventivas
 - . Evicção tabágica
 - . Evitar ambientes poluídos
 - . Prevenir infeções respiratórias
- Medidas terapêuticas
 - . Oxigenoterapia
 - . Terapêutica inalatória (broncodilatadores, corticoides)
 - Técnica correta de administração
 - Câmara expansora
 - Higiene oral
 - . Imunoterapia
 - Vacina antigripal e antipneumocócica
- Alimentação
 - . Dieta fracionada
 - . Pequenas quantidades
 - . Dieta variada e equilibrada (proteínas e fibras)
 - . Ingestão hídrica
- Reeducação funcional respiratória
 - . Posição de descanso e relaxamento
 - . Treino da expiração com lábios-semi-serrados
 - . Treino diafragmática
 - . Treino costal
 - . Técnicas de conservação de energia
 - . Auto drenagem de secreções
- Treino de exercício
 - . Treino de endurance dos membros (marcha)
 - . Treino de endurance intervalado dos membros
 - . Treino ao esforço (com alteres ou faixas)

2º Passo – Estabelecimento de um programa de reabilitação

- Reeducação funcional respiratória
 - . Posição de descanso e relaxamento
 - . Treino da expiração com lábios-semi-serrados
 - . Treino diafragmática
 - . Treino costal
 - . Técnicas de conservação de energia
 - . Auto drenagem de secreções (Ciclo ativo de técnicas respiratórias, drenagem postural)

- Treino de exercício
 - . Treino de endurance dos membros
 - . Treino de endurance intervalado dos membros
 - . Treino ao esforço

3º Passo – Validação dos ensinios e adequação das estratégias

- Esclarecimento de dúvidas e desmistificação de crenças
- Validação dos ensinios
- Demonstração e treino do programa
- Reformulação/adequação do programa, se necessário, após validação com o utente

PLANO DE INTERVENÇÃO

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Atividades	Avaliação
22/10/2014	Alteração da NHF de respirar e deslocar-se e manter uma postura desejável, relacionada com DPOC, manifestada por dispneia grau III e cansaço a médios esforços	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir a dispneia; - Diminuir o cansaço; - Aumentar a tolerância ao esforço 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do padrão respiratório, de sinais de dificuldade respiratória e da oximetria de pulso, antes e após a realização dos exercícios respiratórios; - Realização de auscultação pulmonar antes e após a realização dos exercícios respiratórios; - Manutenção do oxigénio por cateter bi-nasal e administração de broncodilatador, prévio à intervenção, se apresentar sinais de broncospasmo; - Reforço do ensino e realização de: <ul style="list-style-type: none"> . posição de descanso e relaxamento; . consciencialização da respiração, com dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na fase expiratória (expiração mais prolongada); . reeducação diafragmática posterior e das hemicúspulas, com e sem resistência; . reeducação costal global com faixas elásticas ou bastão, e seletiva (inferior e posterior) com abertura costal; . técnicas de conservação de 	<p>22/10/2014</p> <p>Utente ansioso e a referir cansaço e dispneia ligeira. Com aporte de O₂ a 1,5l/min por cateter bi-nasal. Respiração predominantemente torácica, de média amplitude, ligeira polipneia (34 cic/min), sat O₂ 92%, TA 148/86 mmHg e pulso 89 bat/min.</p> <p>A.P.: síbilos expiratórios nos 1/3 médio e superior do hemitórax dto e 1/3 superior do hemitórax esq. e redução do murmúrio vesicular nos 1/3 inferiores bilateralmente e 1/3 médio do hemitórax esq.</p> <p>Sugerido ao utente a administração de broncodilatador (Ventilan), que realizou com técnica adequada. Realizado pelo utente com supervisão e apoio: posição de descanso e relaxamento; consciencialização da respiração, com dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na fase expiratória (expiração mais prolongada e com lábios semi-cerrados); reeducação diafragmática posterior e das hemicúspulas, com resistência (com apoio de lençol, por dor abdominal – Hérnia); reeducação costal global com bastão, e seletiva (inferior) com abertura costal.</p> <p>No final da sessão utente com padrão respiratório semelhante, mas menos polipneico, sat O₂ 97%. A.P.: mantém síbilos expiratórios nos 1/3 médio e superior do hemitórax dto embora menos audíveis e murmúrio vesicular mais audível no 1/3 médio do hemitórax esq. Ficou em posição de descanso, sentado no leito com inclinação anterior do tronco e apoio dos memb.</p>

		energia; . técnicas de correção postural frente ao espelho; . exercícios de mobilização torácica e da articulação escapulo-umeral; . treino de exercício dos membros superiores e inferiores com pesos e faixa elástica; - Reforço positivo; - Realização de registros no SAPE.	supr. em almofadas
			<p>28/10/2014</p> <p>Utente comunicativo, não refere dispneia. Padrão respiratório habitual, respiração predominantemente torácica superior, regular e superficial. Ligeira assimetria torácica, com maior expansão á dta. Mantém aporte de O2 a 1,5l/min por cateter bi-nasal. FR 22cic/min; Sat O₂ 94%; TA 140/84mmhg e Pulso 85bat/min. A.P: ligeiros sibilos expiratórios nos 1/3 superiores e médios de ambos os hemitórax e redução do murmúrio vesicular nos 1/3 inferiores.</p> <p>Realizado pelo utente com supervisão e apoio: posição de descanso e relaxamento; consciencialização da respiração, com dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na fase expiratória (expiração mais prolongada e com lábios semi-cerrados); reeducação diafragmática posterior e das hemicúpulas, com resistência (com apoio de lençol); reeducação costal global com faixas elásticas, sentado frente ao espelho, com pés apoiados no chão e abertura costal seletiva.</p> <p>No final da sessão utente com padrão respiratório semelhante. Sat O₂ 98%. A.P: mantém ligeiros sibilos expiratórios nos 1/3 superiores de ambos os hemitórax e murmúrio vesicular audível nos 1/3 médio e inferiores.</p>
			<p>04/11/2014</p> <p>Abatido, refere dispneia mais intensa. 93% Sat O₂ antes e 98% após RFR. Efetuado fortalecimento muscular MS e MI</p>
22/10/2014	Alteração da NHF Comer e Beber,	- Garantir o controlo do peso	<p>28/10/2014</p> <p>Após conhecer os hábitos alimentares do utente, foi avaliado o seu peso, 78kg, e o perímetro abdominal,</p>
		- Conhecimento dos hábitos alimentares do utente, em termos de número de refeições, quantidades,	

relacionada com ingestão inadequada de carboidratos, proteínas e líquidos, manifestada por IMC 28,7	através da educação alimentar; - Melhorar a função respiratória e muscular	tipos de alimentos, preferências, etc; - Estabelecimento, com o utente, do objetivo do peso a atingir; - Avaliação semanal do peso e perímetro abdominal; - Aconselhamento do utente sobre a correção dos hábitos alimentares: dieta fracionada (5 a 6 refeições diárias), variada (rica em vegetais, frutas, carne, peixe e fibras) e em pequenas quantidades; - Desaconselhamento da ingestão de alimentos açucarados e de excesso de carboidratos; - Incentivo ao aumento da ingestão hídrica; - Explicação da importância do controlo de peso, na prevenção de complicações e melhoria da sua condição física e clínica; - Incentivo à realização de exercício físico diário; - Encaminhamento para a dietista da UCC, de forma a elaborar um plano alimentar personalizado.	105cm. Foram-lhe explicados os riscos cardiovasculares e respiratórios inerentes a esta acumulação de tecido adiposo abdominal. Utente referiu vontade de perder peso, inicialmente até aos 75kg e idealmente até aos 70kg. Sugeridas algumas estratégias alimentares como o aumento do nº de refeições diárias e redução da quantidade em cada uma delas, privilegiar a ingestão de legumes, fruta (menos açucarada) e peixe, redução da ingestão de pão e de alimentos açucarados e aumento da ingestão de água entre as refeições. Ficou combinada uma visita domiciliária com a dietista.
---	---	--	--

INFORMAÇÃO CLÍNICA

E

PLANO DE INTERVENÇÃO III

Utente com Lesão Vertebro-medular

Dados Pessoais

Nome: A. P.

Data de nascimento: 24/05/1993

Idade: 21 anos

Sexo: Masculino

Etnia/raça: Leucodermica

Nacionalidade: Roménia

Escolaridade: 12º ano (a frequentar 1º ano de Universidade na área das Línguas e Literatura, que suspendeu por dificuldades económicas).

Profissão/situação laboral: Trabalhava no corte de pinheiros, á cerca de 1 mês, com contrato de trabalho mas sem seguro, quando ocorreu o acidente. Atualmente atividade laboral suspensa por incapacidade física permanente de 80% .

Residência/morada: ...

Centro de saúde: CSP.

Agregado familiar: Irmão e mãe (que apenas está em Portugal por períodos temporais de 2/3 meses).

Pessoa significativa/cuidador: Irmão.

Motivo de Referência: Referenciado pelo Centro de Reabilitação para a RNCCI – ECCI para orientação na aquisição de ajudas técnicas (material de esvaziamento vesical, cadeira de rodas, almofada anti escaras, luvas e cadeira de banho).

História da Doença Atual

Data de internamento: De 3/06/2014 a 30/06/2014 num Hospital Central de 30/06/2014 a 10/10/2014 no Centro de Reabilitação.

Motivo do internamento: Acidente de trabalho por queda de pinheiro, do qual resultou traumatismo da coluna dorso-lombar e abdomino-pélvico, com instalação imediata de paraplegia.

Diagnósticos: Fratura D12 com paraplegia e hematoma retroperitoneal.

Evolução clínica: Deu entrada no Hospital Distrital a 3/6/2014 após acidente de trabalho, onde realizou exames diagnósticos e foi transferido para Hospital

Central para tratamento pela especialidade. Á admissão consciente, ansioso, com dificuldade em expressar-se por barreira linguística (falava muito pouco português), com paraplegia instalada. Iniciou protocolo de corticoterapia endovenosa para choque medular, sem regressão dos défices neurológicos. A 12/6/2014 foi intervencionado por equipa vertebro-medular e submetido a laminectomia D12-L1 e artrodese posterior de D10-D11. Durante o internamento nesta unidade foi isolado em hemocultura *Staphylococcus Epidermidis* tendo cumprido 8 dias de antibioterapia com Gentamicina de acordo com teste de sensibilidade (TSA).

Foi transferido para o Centro de Reabilitação a 30/6/2014 para intensificação do programa de reabilitação em regime de internamento. Á entrada neste serviço apresentava quadro motor de paraplegia com ASIA A (lesão medular completa) a nível de T7 com zona de preservação sensitiva parcial até T9 bilateralmente, com hipoestesia a partir de T8 e anestesia a partir de T10, hipotonia nos membros inferiores, diminuição do tónus do esfíncter anal e deficiente equilíbrio sentado. A nível funcional independente na alimentação e higiene pessoal necessitando de um pouco mais de tempo para a realização de algumas tarefas, necessita de ajuda mínima no vestir da metade superior, ajuda moderada no banho e ajuda máxima no vestir da metade inferior e transferências. Encontrava-se algaliado em drenagem contínua e a realizar treino intestinal com Bisacodilo. Escalas de funcionalidade: M.I.F. 72/126 (motor 37, cognitivo 35) e I. Barthel 25/100. Iniciou programa de reabilitação bi-diário no ginásio e diário na terapia ocupacional. Durante este internamento teve como intercorrência uma infecção urinária por *Echerichea Coli* e *Klebsiella pneumoniae* tendo cumprido antibioterapia com Sulfametoxazol+Trimetoprim segundo TSA. Por queixas de dor abdominal tipo cólica iniciou terapêutica com Simeticone com alívio sintomático.

Realizou estudo urodinâmico a 4/7/2014 e a 3/10/2014, que revelou bexiga hipoativa com ausência de sensibilidade e diminuição da compliance.

Durante o internamento efetuou ainda consulta de disfunção sexual e manteve acompanhamento psicológico.

Foi avaliado a 12/9/2014 pelo Delegado de Saúde que lhe atribuiu incapacidade de 80% de incapacidade permanente global.

Á data da alta apresentava evolução funcional favorável, com quadro neuromotor de paraplegia com preservação sensitiva até T10 bilateralmente, mantendo hipotonia dos membros inferiores com arreflexia osteotendinosa. Equilíbrio estático sentado eficaz e dinâmico razoável. Realizou treino de marcha entre barras com ortóteses longas. Em termos funcionais manteve-se independente na alimentação, higiene pessoal, banho, vestir e transferências leito-cadeira, demorando ainda um pouco mais de tempo a realizar algumas tarefas. Ainda necessita de ajuda mínima na utilização da sanita e supervisão nas restantes transferências. Deambula em cadeira de rodas autonomamente. Realiza auto-algaliações intermitentes e treino intestinal com Bisacodilo com algumas perdas fecais (> 1xsemana).

Prescritas ajudas técnicas neste internamento: cadeira de rodas (ISSO 122203), almofada anti-escaras (ISSO 0043303), Luvas (ISO 090615) e cadeira de banho (Isso 093303).

Exames complementares de diagnóstico:

Tomografia Computurizada (TC) cranio-encefálica (3/6/2014): Sem alterações.

TC da coluna (3/6/2014): Fratura envolvendo a região somática de D12 com fragmento destacado superior e anteriormente e envolve a região somática superior lateralizada à esquerda, com fragmento ósseo migrado superiormente para o canal de conjugação D11-D12 esquerdo. Desvio do arco vertebral posterior a nível de D12, com indefinição dos contornos do saco tecal a este nível, identificando-se múltiplos fragmentos ósseos intra-raquidianos a nível de D11-D12. Redução da permeabilidade dos canais de conjugação D11-D12 bilateralmente, coexistindo desvio listésico anterior de D11.

TC com efeito angiográfico toraco-abdomino-pelvico (3/6/2014): Volumoso hematoma retroperitoneal, em continuidade e inferiormente ao pilar do diafragma à direita adjacente à região da fratura, envolvendo o psoas direito e o espaço para-renal posterior interno adjacente à direita. Sem evidências de extravasamento de sangue, nem urina. Sem sinais de fratura ou contusão dos órgãos maciços intra-abdominais. Pneumotórax laminar intracisural discreto à dta.

TC da coluna dorso-lombar (13/6/2014): Parafusos de fixação transpediculares colocados bilateralmente a nível de L2, L1, D10 e D11, assinalando-se discreto trajeto obliquo inferiormente do parafuso, rasando a extremidade inferior do pedículo esq. de D11, encontrando-se os restantes parafusos aparentemente bem posicionados.

Ecografia Renal e vesical (24/6/2014): Rins de dimensões normais, contornos regulares, com boa diferenciação parenquimatosa. Sem litíase renal, hidronefrose ou lesão ocupante de espaço. Bexiga em moderada depleção com discreto aspeto crenado do seu contorno, podendo traduzir deficiente repleção.

Estudo urodinâmico (4/7/2014 e 3/10/2014): infundidos 450ml de soro, não se tendo registado contrações não inibidas do detrusor ou perdas. Pressão intravesical com discreto aumento aos 400ml. Fase de esvaziamento sem micção.

Terapêutica á data da alta:

- . Lorazepam (1mg 1 comprimido ao deitar em SOS);
- . Bisacodilo (10mg 1 supositório em dias alternados);
- . Lactulose (xarope 1 x dia ao p. almoço);
- . Simeticone (84mg 1 comprimido ao almoço e jantar);
- . Paroxetina (20mg 1 comprimido ao p.almoço);
- . Paracetamol (1000mg 1 comprimido SOS até 3 x dia).

História de Saúde/Doença

Antecedentes pessoais: Appendicetomizado aos 11 anos. Sem outras patologias prévias conhecidas ou medicação habitual. Nega alergias medicamentosas.

Hábitos de saúde anteriores: Vigilância de saúde esporádica. Sem hábitos tabágicos ou alcoólicos. Praticava futebol federado na Roménia.

História Social

Condições habitacionais: Casa térrea isolada em zona rural, com saneamento básico, acesso com rampa de madeira, um pouco instável (construída pelo irmão), acesso facilitado á cozinha e á casa de banho (em cadeira de rodas).

Envolvente social: Coabita com o irmão e temporariamente com a mãe. Irmão trabalha em Portugal há 4 anos e fala bem português. Mãe não fala português, e está temporariamente em Portugal, por questões económicas (trabalho), e vai regressar á Roménia no mês de dezembro. Tem ainda o pai e uma irmã (já casada) na Roménia. Encontra-se atualmente isolado física e socialmente, dependendo totalmente do irmão para algumas tarefas físicas (transferência para o duche e sanita) e questões burocráticas (inscrição no Centro de Saúde, no Centro de emprego, etc). Têm um carro que atualmente é conduzido pelo irmão e lhes permite a deslocação, pois não existe rede de transportes públicos próxima da residência.

Qualidade de vida afetada e suas dimensões: Atualmente tem todas as dimensões de vida afetadas: física, psíquica, familiar, social e económica, pelo isolamento, dependência de terceiros e dificuldades económicas. Com apoio da Associação Nacional de Deficientes e Sinistrados no Trabalho, iniciou processo judicial contra a entidade empregadora, para tentar obter uma indemnização que lhe permita adquirir algumas ajudas técnicas.

Hábitos de vida anteriores: Residia com os pais, na Roménia, numa zona rural. Estudava, praticava desporto e convivia com amigos. Por dificuldades económicas veio para Portugal trabalhar, com ajuda do irmão.

Expectativas do utente: Pretende ficar em Portugal porque a sua situação económica na Roménia é muito pior e adquirir um carro, em segunda mão, adaptado às suas limitações que lhe permita deslocar-se até ao centro urbano (+/- 25km) para ir trabalhar, estudar e praticar desporto. Pretende no futuro conseguir independência suficiente para viver sozinho.

Exame Físico Geral

- . Aparenta idade real;
- . Consciente, colaborante, mas pouco comunicativo;
- . Pele e mucosas coradas e hidratadas e sem úlceras de pressão ou outras lesões visíveis, exceto cicatriz na região dorso-lombar, sem sinais inflamatórios e indolor á palpação;
- . Bom estado nutricional, com 55kg, 1,67 m e um IMC = 19,7 (normal);
- . Respiração regular com expansão torácica simétrica;
- . Abdómen mole, depressível, indolor á palpação, com ruídos hidroaéreos presentes;
- . Paraplegia dos membros inferiores sem deformações, edemas nem sinais de tromboembolismo venoso periférico.

Avaliação neurológica sumária:

- . Orientado auto e alopsiquicamente;
- . Sem alterações da atenção, memória, linguagem ou articulação das palavras;

. Sem alterações visíveis a nível dos pares cranianos;

Avaliação Motricidade:

- . A nível neuro-motor apresenta paraplegia com lesão medular completa a nível de T7/8;
- . Força de grau 5 (escala de Lower) em todos os segmentos articulares dos membros superiores;
- . Membros inferiores com força de grau 0 em todos os segmentos (ausência de movimentos ativos – paraplegia);
- . Hipotonia dos membros inferiores, com tónus do esfíncter anal diminuído (referenciado na carta de alta do Centro de Reabilitação);
- . Arreflexia osteotendinosa a nível dos membros inferiores, nos reflexos patelar, aquileano, adutor da coxa, flexores dos dedos do pé e cutâneo-plantar;
- . Coordenação mantida na prova índice-nariz e de indicação de Barany e prova calcanhar Joelho não testável;
- . Equilíbrio sentado estático eficaz e dinâmico razoável.

Avaliação da Sensibilidade:

- . Ausência de sensibilidade profunda a nível dos membros inferiores;
- . Sensibilidade superficial com hipoestesia a partir de T8 e anestesia a partir de T10 bilateralmente.

Avaliação das Necessidades Humanas Fundamentais

Respirar normalmente

Padrão respiratório

Tipo: Torácica

Ritmo: Regular

Frequência: +/- 18 c/min

Amplitude: Média amplitude

Simetria: Expansão torácica simétrica

Saturação de oxigénio: 99%

Inspeção do tórax: Simétrico

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente em todos os lobos pulmonares e sem ruídos adventícios.

Comer e beber

Aparentemente não apresenta alteração na satisfação desta necessidade. Bom índice nutricional (IMC= 19,7). Consegue confeccionar os seus próprios alimentos. Tem acesso facilitado à cozinha e aos seus objetos (panelas, talheres, etc) e equipamentos (frigorífico, fogão e lava-louça).

Eliminar

Apresenta bexiga neurogénica hipotónica. Atualmente encontra-se algaliado em drenagem contínua, com algália de silicone nº 16, a aguardar fornecimento de material para esvaziamento vesical. Apresenta conhecimentos sobre o procedimento de auto-algaliação intermitente.

Faz treino intestinal em dias alternados com supositório (Bisacodilo) e evacua na sanita, mas precisa da ajuda do irmão na transferência da cadeira para a sanita. Atualmente tem perdas fecais menos de 1 vez por semana.

Deslocar-se e manter uma postura desejável

Desloca-se autonomamente em cadeira de rodas dentro de casa e para o exterior. Consegue realizar, sem ajuda, transferência para o leito e para o chão. Necessita de ajuda na transferência do chão para a cadeira, da cadeira de rodas para a cadeira de duche e para a sanita.

Segundo o utente, realiza treino 2 a 3 vezes por semana de 60 a 90 minutos, com exercícios de mobilização passiva dos membros inferiores, de fortalecimento muscular dos membros superiores, tronco e abdómen e de equilíbrio, sentado num colchão no chão. Efetua este treino ao final do dia, para que quando o irmão chegue do trabalho o ajude a sentar na cadeira.

Dormir e descansar

Não refere alterações significativas do padrão de sono. Dorme 8 a 10 horas por noite. Por vezes quando se sente mais ansioso toma medicação para dormir (Lorazepam 1mg, prescrito no Centro de Reabilitação).

Vestir-se e despir-se

Independente nestas atividades, nomeadamente no vestir das meias de contenção elástica.

Também consegue colocar a roupa na máquina de lavar e estender num pequeno estendal que tem em casa.

Manter a temperatura corporal

Independente na satisfação desta necessidade. Conhece a necessidade de proteger os membros inferiores da temperatura ambiente. Percebe a importância do despiste de hipertermia (por exemplo sinal de infeção urinária).

Manter o corpo limpo e proteger os tegumentos

Independente nestas atividades. Efetua os seus cuidados de higiene e banho de forma autónoma. Acesso facilitado à casa de banho, mas precisa de ajuda para a transferência para a cadeira de banho (por risco de queda). Conhece os posicionamentos e as técnicas de prevenção das úlceras de pressão no leito e na cadeira de rodas.

Evitar os Perigos

Está consciente da sua situação clínica, conhece os perigos (ex: úlceras de pressão, quedas). O irmão também se encontra desperto para os riscos e tenta contribuir para a sua minimização, através da ajuda nas transferências e incentivo à realização de treino de exercício.

Comunicar e Expressar Emoções, Necessidades

Comunica verbalmente sem alterações fisiológicas ou intelectuais. Pouco comunicativo, expressa as suas emoções apenas quando questionado. Apresenta-se um pouco deprimido face à sua situação.

Praticar de Acordo com a Sua Fé

Dimensão não avaliada.

Trabalho e Realização Profissional

Atualmente encontra-se em casa, a tratar do processo burocrático para inscrição no centro de emprego. Tem noção que não pode voltar para o trabalho anterior (corte de pinheiros). Gostaria de começar a trabalhar ou a estudar o mais rapidamente possível, para conseguir dinheiro para adquirir um carro e morar sozinho.

Divertir-se

Incapacidade em manter atividades sociais anteriores (convívio com amigos e passeios). Em isolamento social quase completo, convive apenas com o irmão e a mãe após as suas atividades laborais. Raramente recebe a visita de amigos ou conhecidos.

Aprender

Completo o ensino secundário na Roménia e inicio curso superior que teve de suspender por falta de recursos económicos. Está a aguardar que o pai lhe envie o certificado de habilitações para que possa ser traduzido e efetuada equivalência para se conseguir inscrever numa formação no centro de emprego e futuramente prosseguir os estudos.

Conhece o programa de treino físico, mas apresenta necessidade de ajustes á sua envolvente atual (condições habitacionais) e de reforço do ensino.

APLICAÇÃO DE ESCALAS DE AVALIAÇÃO NEURO-MOTORA E DA FUNCIONALIDADE

A aplicação das seguintes escalas tem a função de comparar a funcionalidade atual do utente com as avaliações realizadas antes do início do programa de reabilitação.



STANDARD NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY

MOTOR		KEY MUSCLES	
R	L		
C2			
C3			
C4			
C5	5	Elbow flexors	
C6		Wrist extensors	
C7		Elbow extensors	
C8		Finger flexors (distal phalanx of middle finger)	
T1		Finger abductors (little finger)	
T2			
T3			
T4			
T5			
T6			
T7			
T8			
T9			
T10			
T11			
T12			
L1			
L2			
L3			
L4			
L5	0	Hip flexors	
S1		Knee extensors	
S2		Ankle dorsiflexors	
S3		Long toe extensors	
S4-5		Ankle plantar flexors	

0 = total paralysis
1 = palpable or visible contraction
2 = active movement, gravity eliminated
3 = active movement, against gravity
4 = active movement, against some resistance
5 = active movement, against full resistance
NT = not testable

☐ Voluntary anal contraction (Yes/No)

TOTALS ☐ + ☐ = **50** MOTOR SCORE (MAXIMUM) (50) (50) (100)

LIGHT TOUCH		PIN PRICK	
R	L	R	L
C2			
C3			
C4			
C5			
C6			
C7			
C8			
T1			
T2			
T3			
T4			
T5			
T6			
T7			
T8			
T9			
T10			
T11			
T12			
L1			
L2			
L3			
L4			
L5			
S1			
S2			
S3			
S4-5			

0 = absent
1 = impaired
2 = normal
NT = not testable

☐ Any anal sensation (Yes/No)

TOTALS ☐ + ☐ = **30** PIN PRICK SCORE (MAXIMUM) (56) (56) (56) (56)

☐ + ☐ = **30** LIGHT TOUCH SCORE (MAXIMUM) (56) (56) (56) (56)

NEUROLOGICAL LEVEL	SENSORY	R	L	COMPLETE OR INCOMPLETE?	ZONE OF PARTIAL PRESERVATION	SENSORY	R	L
The most caudal segment with normal function				<input type="checkbox"/> C Incomplete = Any sensory or motor function in S4-S5	Caudal extent of partially innervated segments			
	MOTOR			ASIA IMPAIRMENT SCALE		MOTOR		

INDICE DE BARTHEL

	Score
Higiene pessoal	5
Evacuar	10
Urinar	0
Ir à casa de banho	10
Alimentar-se	10
Transferências	10
Mobilidade	5
Vestir-se	10
Escadas	0

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

		Score
Autocuidado	Alimentação	7
	Higiene pessoal	7
	Banho	7
	Vestir metade superior	7
	Vestir metade inferior	7
	Uso da sanita	7
Controlo de Esfíncteres	Bexiga	7
	Intestino	7
Mobilidade	Cama, Cadeira, Cadeira de rodas	7
Transferências	Sanita	4
	Banheira/Duche	4
Locomoção	Cadeira de rodas	7
	Escadas	1
Comunicação	Compreensão	7
	Expressão	7
Cognição Social	Interação social	7
	Resolução de problemas	7
	Memória	7
Total = 114 / 126 (M 79; C 35)		
(6/10/2014) Completamente independente excepto nas transferências na casa de banho por falta de barras de apoio e subida de escadas por necessidade de deslocação em cadeira de rodas.		

Diagnósticos de Enfermagem:

- Risco de alteração da NHF de *eliminar*, relacionado com algaliação permanente;
- Alteração da NHF de *deslocar-se e manter uma postura desejável*, relacionada com ausência de barras de apoio na casa de banho, manifestada por necessidade de ajuda para as transferências para a sanita e duche;
- Risco de alteração da NHF de *deslocar-se e manter uma postura desejável*, relacionado com desmotivação para a prática de exercício;
- Alteração da NHF de *trabalho e realização profissional*, relacionada com paraplegia (incapacidade 80%) manifestada por inatividade profissional;
- Alteração da NHF de *divertir-se*, relacionada com situação clínica e isolamento social, manifestada por perda de autoestima.

PLANO DE INTERVENÇÃO

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Atividades	Avaliação
06/11/2014	Risco de alteração da NHF de <i>eliminar</i> , relacionado com algaliação permanente	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a função renal (através do esvaziamento regular e completo da bexiga); - Prevenir complicações da algaliação permanente (distensão da bexiga, refluxo vesico ureteral, litíase renal, infecções e lesões uretrais); - Melhorar a autoimagem e confiança do utente 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicação da importância de retomar os auto-cateterismos vesicais intermitentes; - Incentivo á realização de esvaziamentos inicialmente de 3em 3 horas com drenagem contínua no período noturno e aumentar progressivamente o intervalo de esvaziamento até 6 hora, tendo em atenção a redução da ingestão hídrica a partir das 18h (tal como treinado no HCC); - Alerta para o perigo do não esvaziamento regular da bexiga e reforço do ensino sobre como proceder em caso de haver volume residual superior a 500ml; - Sugestão de criação de uma caixa para arrumação do material de esvaziamento vesical com: sonda vesical, desinfetante das mãos, soro fisiológico, lubrificante para algália, compressas , toalhetes ou rolo papel, saco para recolha de sujios, urinol graduado ou saco coletor; - Reforço da importância do aumento da ingestão de líquidos (1,5 a 2l/dia) e da necessidade de efetuar registos sobre a ingestão hídrica, horário dos 	<p>17/11/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discussão em equipa multidisciplinar da UCC (enfermeira especialista e enfermeiros generalistas, médico e fisioterapeuta) sobre a importância de o utente iniciar os auto-esvaziamentos vesicais, utilizando apenas uma sonda vesical por dia, tendo-se reunido consenso para essa prática; - Solicitação ao médico assistente da UCC, responsável pelo utente, a aquisição de material de esvaziamento vesical (sondas, lubrificante, desinfetante e sacos coletores); <p>20/11/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> - Na visitação domiciliária foram fornecidas algumas sondas e lubrificante e sugerido ao utente o início dos auto-esvaziamentos com uma sonda reutilizada durante 1 dia e algaliação permanente noturna durante a primeira semana (se considerar necessário) para retomar a adaptação vesical ao aumento do volume de urina e espaçamento dos esvaziamentos; - Desmistificação das crenças do utente face á reutilização das sondas e explicação da necessidade atual de adaptação deste procedimento (indisponibilidade do Centro de Saúde em fornecer todo o material necessário); - Solicitado ao utente que simulasse a execução da técnica e feitas pequenas correções e ensinios, como a lavagem/desinfecção das mão e lavagem da

		cateterismos, quantidade de urina drenada, características da urina, e intercorrências antes ou durante o procedimento;		sonda após utilização;
		- Validação dos conhecimentos sobre a técnica e despiste de sinais de complicações, e clarificação de dúvidas;		- Sugerida a criação de um recipiente para guardar o material para estar sempre acessível em cada utilização;
		- Supervisionar a execução da técnica e dos registros efetuados;		- Efetuado reforço da importância da ingestão hídrica e dos horários, e do registro da ingestão hídrica e eliminação vesical;
		- Reforço positivo		- Fornecidos ao utente contatos da UCC para esclarecimento de dúvidas ou pedido de apoio
06/11/2014	Alteração da NHF de <i>deslocar-se e manter uma postura desejável</i> , relacionada com ausência de barras de apoio na casa de banho, manifestada por necessidade de ajuda para as transferências para a sanita e duche	- Adquirir autonomia total e segurança nas transferências	- Avaliação das dificuldades apresentadas pelo utente e do grau de ajuda necessária; - Estabelecimento de contacto com técnico de referência na área das ajudas técnicas, para avaliação da necessidade de ajudas técnicas (a nível da casa-de-banho); - Requisição de uma cadeira de banho; - Treino de estratégias de transferência segura	13/11/2014 - Realizada visita domiciliária ao utente com dois representantes da Associação Social Cultural Desportiva (apoio logístico a pessoas com deficiência), que avaliaram as suas dificuldades em termos de mobilidade e transferências na casa de banho e sugeriram utilização de barras de apoio lateral a nível da sanita e chuveiro, foram retiradas medidas e efetuadas sugestões de equipamentos; - Solicitadas ao médico assistente requisições de ajudas técnicas para o duche e sanitário e reencaminhadas para a segurança social; - Efetuado empréstimo de uma cadeira de banho, pertença da UCC; - Treinada transferência para a cadeira de duche
06/11/2014	Risco de alteração da NHF de <i>deslocar-se e manter uma postura</i>	- Preservar as amplitudes dos movimentos articulares; - Prevenir complicações	- Conhecimento do plano de exercício efetuado pelo utente; - Validação dos conhecimentos do utente sobre a importância de mobilização de todos os segmentos dos membros inferiores e do treino de	06/11/2014 - Solicitado ao utente para demonstrar o seu plano de exercícios, sugeridos alguns exercícios de mobilização passiva dos membros inferiores, a nível da articulação tibiotársica e de fortalecimento muscular dorso-lombar

<i>desejável,</i> relacionado com desmotivação para a prática de exercício	(encurtamentos musculares, lesões cutâneas e espasticidade); - Melhorar a performance cardiovascular geral	equilíbrio e correção postural; - Reforço do ensino dos exercícios e adequação dos mesmos às suas limitações e meio envolvente e incentivo à sua prática diária; - Correção de práticas desadequadas e clarificação de dúvidas; - Reforço positivo; - Elaboração de um guia, para o utente, com os exercícios a realizar diariamente	<p>13/11/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizada visita domiciliária ao utente com dois representantes da Associação Social Cultural Desportiva, que sugeriram a inclusão do utente na sua equipa de basquetebol em cadeira de rodas e realizaram a sua inscrição na associação; <p>15/11/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utente e o irmão realizaram uma visita à Associação para conhecer as instalações e o seu funcionamento e acordaram a sua participação nos treinos a partir de janeiro 2015 (início da época) <p>20/11/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fornecido ao utente um guia com a imagem dos exercícios que o utente deve realizar e do nº de repetições, organizado por segmentos corporais, de acordo com a sequência de exercícios já estabelecida pelo utente; - Demonstração e validação do conteúdo do guia e esclarecimento de dúvidas
06/11/2014 Alteração da NHF de <i>trabalho e</i> <i>realização</i> <i>profissional,</i> relacionada com paraplegia (incapacidade 80%) manifestada por inatividade profissional	- Orientar para a reintegração profissional	- Conhecimento das habilitações académicas e profissionais do utente, bem como as suas preferências e expectativas; - Encaminhar para assistente social da Junta de Freguesia local e para o Centro de Emprego;	<p>06/11/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetuado contato telefónico com a assistente social da JF (responsável pelo caso) e esclarecimento da situação legal do utente, dos seus direitos enquanto cidadão da CEE, no âmbito da reinserção socioprofissional e quais os procedimentos a seguir; <p>13/11/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizada visita domiciliária, informado utente sobre a necessidade de pedir no seu país um certificado de habilitações (que irá pedir ao pai para lhe enviar, para ser traduzido no Consulado Romano em Portugal) para entregar no Centro de Emprego quando for realizar a inscrição, e que terá ainda de realizar nesta entidade uma formação denominada “português para todos”;

<p>- A Assistente Social juntamente com o Presidente da Associação, comprometeram-se a enviar esforços para conseguir um trabalho provisório para o utente na JF</p> <p>20/11/2014</p> <p>- Utente já tem os certificados de habilitações e irá ainda neste dia realizar a inscrição no centro de emprego</p>			
06/11/2014	<p>Alteração da NHF de divertirse, relacionada com situação clínica e isolamento social, manifestada por perda de autoestima</p>	<p>- Orientar para a reintegração social;</p> <p>- Melhorar a autoestima do utente</p>	<p>- Visitação domiciliária semanal;</p> <p>- Ajudar o utente a recuperar a sua autoestima e a ajustar-se á sua incapacidade, desenvolvendo com ele metas realistas e adequadas á sua situação clínica;</p> <p>- Incentivo á participação social através da realização de programas familiares ou com amigos e participação em atividades sociais locais;</p> <p>- Estabelecimento de contatos com entidades, associações ou grupos de apoio;</p> <p>- Estimulação do utente a frequentar uma associação recreativa e a praticar desporto;</p> <p>- Encaminhamento para a psicóloga da UCC</p>
06/11/2014			<p>- Efectuado contato telefónico com:</p> <p>. Assistente Social da JF Poceirão para esclarecer quais os direitos no utente no âmbito dos apoios financeiros e transporte;</p> <p>. Psicóloga da UCC foi informada da necessidade de manutenção do acompanhamento deste utente, iniciado no HCC;</p> <p>. Presidente da Associação Social Cultural Desportiva, para apoio burocrático, social e recreativo</p> <p>13/11/2014</p> <p>- Informado utente sobre a necessidade de tratar de alguma documentação (cartão de cidadão, autorização de residência do consulado, declaração de residência da JF e inscrição no centro de saúde) para obter os apoios económicos que lhe permitam fazer face às despesas e considerar alternativas de mobilidade (aquisição de veículo);</p> <p>- Realizada visita domiciliária ao utente com dois representantes da Associação, esclarecimento do seu âmbito social, disponibilização dos seus representantes para acompanhar o processo burocrático na Segurança Social e agilizar os pedidos de ajudas técnicas e do estudo da posição sentado e de aptidão para a condução (a realizar no centro de mobilidade do Centro de Reabilitação);</p>

- Foi sugerida a sua ocupação em trabalhos manuais que possam futuramente ser expostos e comercializados na associação, por o utente ter demonstrado interesse em aprender a fazer os bordados romenos atualmente efetuados pela sua mãe

17/11/2014

- Solicitado ao médico assistente o preenchimento das requisições do estudo da posição sentado (para aquisição de cadeira de rodas adequada e que permita a adaptação ao carro) e de aptidão para a condução (para aquisição de carro adaptado)

Apêndice VIII – Programas de Reabilitação Respiratória e Motora

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

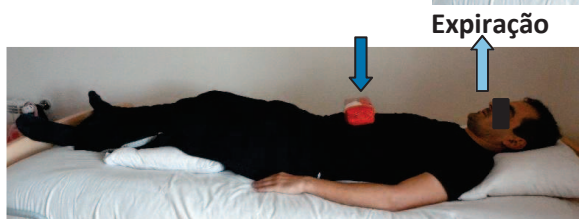
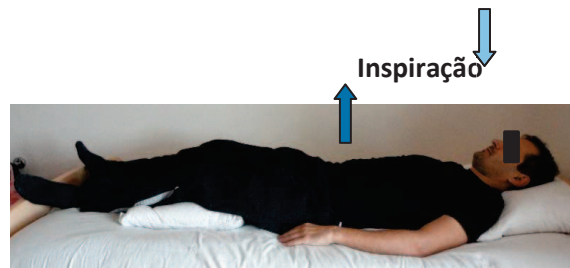
Antes de iniciar a reabilitação respiratória deve:

- Confirmar se tem quantidade suficiente de oxigénio para o tempo de exercício previsto;
- Estar descontraído, num ambiente o mais calmo e relaxado possível;
- Usar vestuário largo e confortável, que não dificulte os movimentos respiratórios;
- Evitar fazer os exercícios logo após a refeição;
- Inspirar pelo nariz e expirar pela boca com lábios semi-cerrados;
- Manter oxigénio durante os exercícios;
- Realizar cada exercício cerca de 4 vezes seguidas, descansar 10 segundos e repetir novamente;
- Fazer uma pausa, se sentir cansaço ou tosse durante o exercício, e respirar para a barriga 2 ou 3 vezes, reiniciando depois o exercício.

POSIÇÃO DEITADO

■ RESPIRAÇÃO ABDOMINO-DIAFRAGMÁTICA

Sem resistência



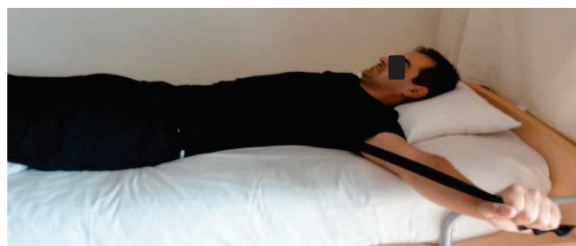
Com resistência

■ ABERTURA COSTAL SELETIVA

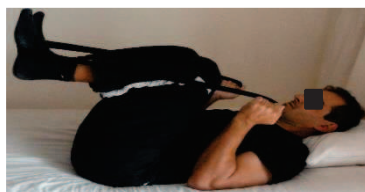
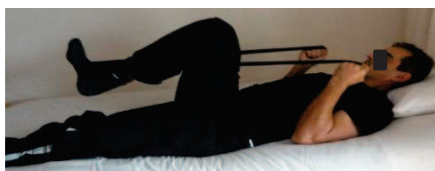




■ ABERTURA COSTAL GLOBAL E SELETIVA COM FAIXA ELÁSTICA



■ FORTALECIMENTO MUSCULAR MEMBROS INFERIORES



Com ou sem
faixa elástica

POSIÇÃO SENTADO

■ RESPIRAÇÃO ABDOMINO-DIAFRAGMÁTICA



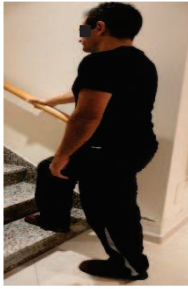
■ FORTALECIMENTO MUSCULAR DOS MEMBROS SUPERIORES



Inspirar no esforço



■ AUMENTO DA TOLERÂNCIA AO ESFORÇO



Subir os
degraus na
inspiração



Caminhar 15 a 30
minutos e aumentar
progressivamente o
tempo



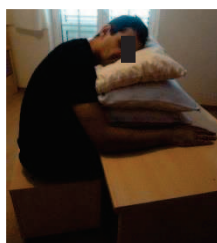
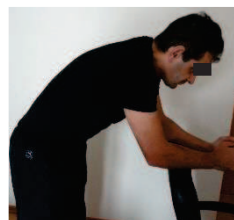
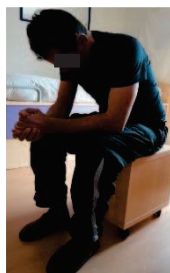
Pedalar 10 a 20 minutos
e aumentar
progressivamente o
tempo

CORREÇÃO POSTURAL



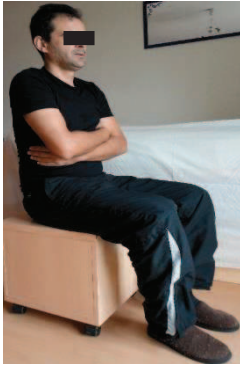
Uma vez por semana realize
os exercícios respiratórios
frente ao espelho para
corrigir a postura

POSIÇÕES DE DESCANSO

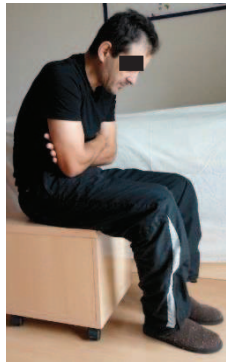


TOSSE DIRIGIDA

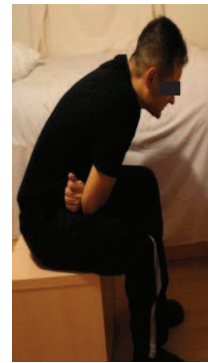
Inspiração



Pausa

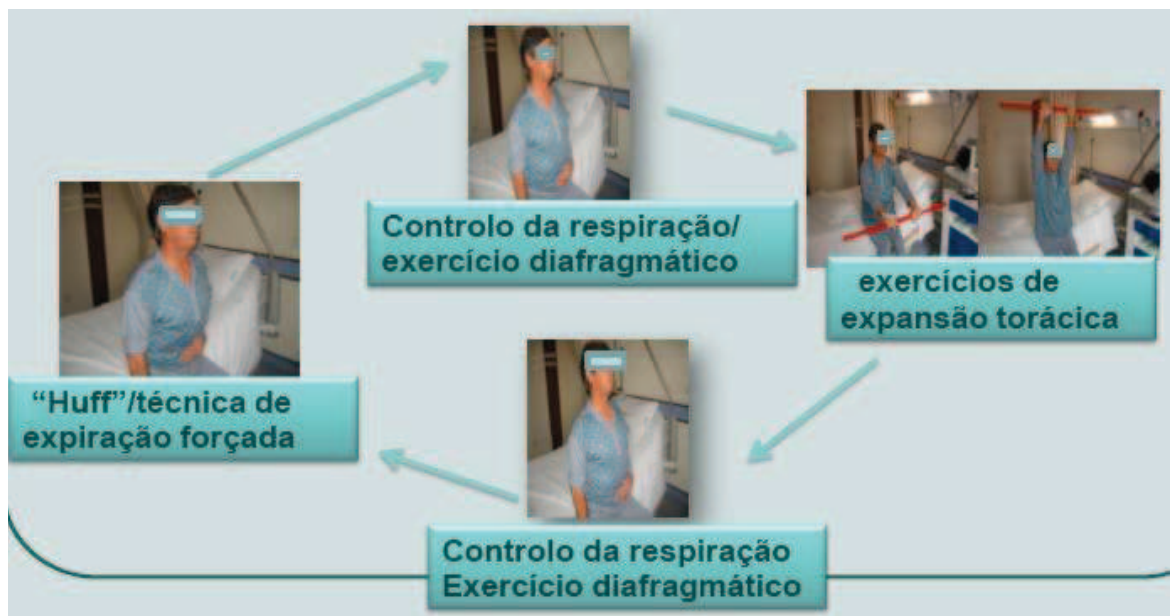


Expiração forçada



OU

CICLO ATIVO DE TÉCNICAS RESPIRATÓRIAS



PROGRAMA DE REABILITAÇÃO MOTORA (utente com TVM)

MOBILIZAÇÕES PASSIVAS DAS ARTICULAÇÕES MEMBROS INFERIORES

Realizar cada exercício pelo menos 10 vezes

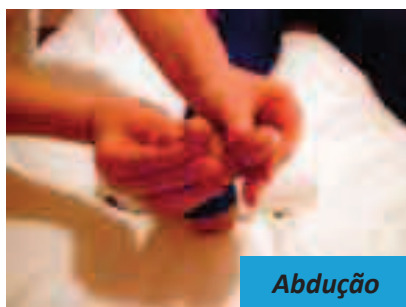
Dedos



a)



a)



a)



a)

Tibiotársica



a)



a)



a)



a)

Joelho

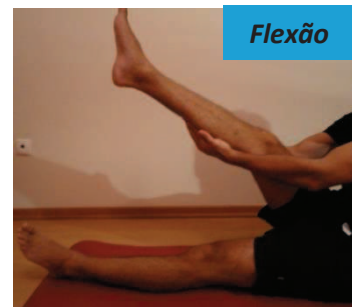


b)



b)

Coxo-Femural





FORTELECIMENTO MUSCULAR DOS MEMBROS SUPERIORES

Realizar cada exercício pelo menos 10 vezes

Escapulo-Umeral



b)

b)

Cotovelo



b)



b)

FORTALECIMENTO MUSCULAR DO TRONCO E ABDOMEN

Realizar cada exercício pelo menos 10 vezes ou manter a posição no mínimo durante 2 minutos

Tronco



b)



b)



Tronco



Abdômen

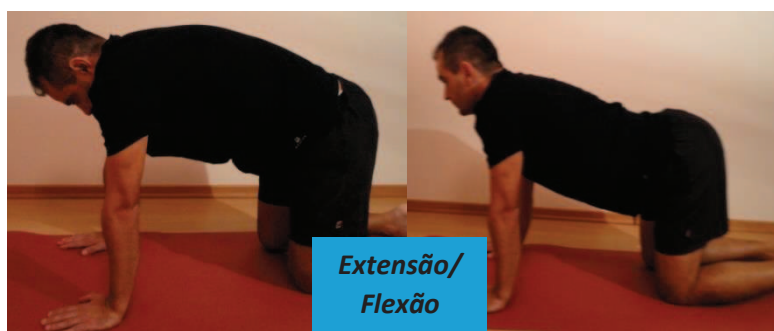


b)



b)

Tronco / Abdômen



ALONGAMENTOS

Manter cada posição durante 1 minuto

Deitado



b)



b)



b)

Sentado



b)



b)



Sentado



b)



b)

TREINO EQUILIBRIO

Na cadeira



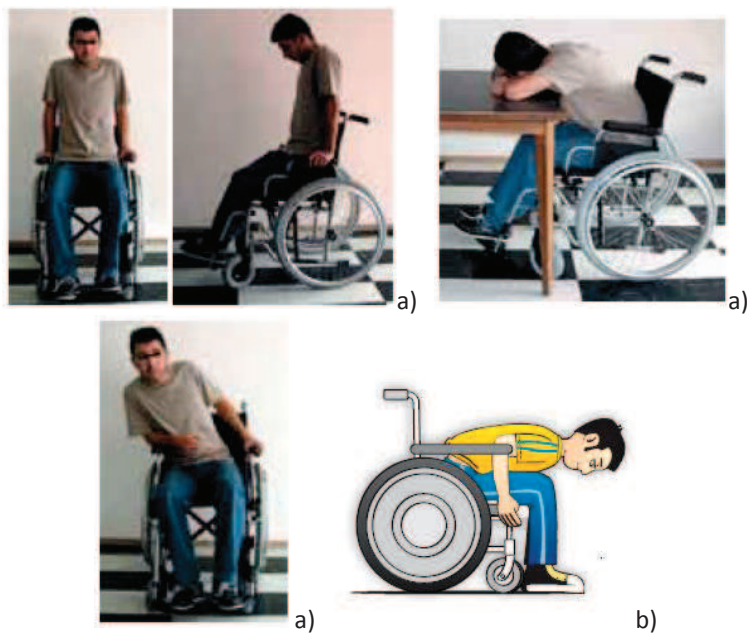
No chão



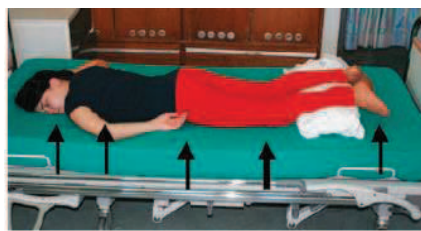
PREVENÇÃO ULCERAS DE PRESSÃO

Realizar pelo menos um destes exercícios de 30 em 30 minutos durante 1,5 a 2 minutos

Na cadeira



Na cama



b)



b)



b)



b)



b)

Fonte das imagens:

- a) Ordem dos Enfermeiros (2009) Guia de boa prática de cuidados de enfermagem á pessoa com traumatismo vertebro-medular. Lisboa. p. 108-110, 115-117
- b) Centro de medicina de reabilitação de Alcoitão (sd) Como viver com uma lesão medular e manter-se saudável. Serviço de lesões vertebro-medulares. Alcoitão. p. B6- 11, J3-6, J8-10

Apêndice IX – Reflexões Realizadas em Contexto de Estágio

REFLEXÃO I

A minha reflexão inicial, vai de encontro ao meu 1º objetivo de estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), em que pretendo “Conhecer a dinâmica organizacional e funcional do local de estágio, com ênfase na metodologia de trabalho, do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER)”.

Neste momento, após ter tido contato com o contexto de estágio, apercebi-me, que este objetivo tem duas vertentes, sobre as quais tentarei refletir, isto é, a vertente da dinâmica organizacional e funcional da UCC, e a relevância do EEER neste contexto.

Face ao primeiro tema, “conhecer a dinâmica organizacional e funcional do local de estágio“, deparei-me com uma imensa e complexa hierarquia organizacional nos CSP, nomeadamente a nível da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Esta rede, comporta diversas equipas administrativas e equipas funcionais, denominadas usualmente por siglas, com as quais não estava de todo familiarizada, como por exemplo ECR (equipa de coordenação regional), ECL (equipa de coordenação local), entre outras.

Como enfermeira há 18 anos, exerci toda a minha atividade profissional, a nível do internamento hospitalar, maioritariamente em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Por este facto, apenas tinha conhecimento de uma ínfima parte da intrincada dinâmica dos CSP, talvez porque sempre me encontrei muito embrenhada nas exigências profissionais inerentes ao meu contexto de trabalho, bem como ao meu contexto socioprofissional atual. No entanto, inúmeras vezes me questioneei qual seria o encaminhamento efetuado às pessoas que cuidamos no hospital, nomeadamente na UCI, que percurso percorrem após a alta, que etapas ultrapassam até à sua reabilitação, readaptação ou manutenção da sua situação clínica e como é efetuada a sua reinserção sociofamiliar. No entanto, nem sempre o procurei efetivamente saber, ficando estas questões muitas vezes por responder.

Dado o atual contexto de estágio, senti um grande constrangimento por me encontrar tão pouco informada acerca destas questões, bem como uma necessidade premente de obter respostas, procurar informação atualizada, conhecer as estruturas de encaminhamento e apoio, à pessoa/família que necessita de

cuidados de saúde, para além dos que lhe foram ministrados nas instituições hospitalares. Pois só conhecendo este processo, se poderá encaminhar a pessoa e família para que obtenham melhores condições de saúde e qualidade de vida.

Creio ter sido neste sentido, que foi criada em 2006 (Decreto-lei nº101/2006 de 6 Junho), a RNCCI, dirigida a pessoas em situação de dependência que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa, prestados por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias prestadoras de cuidados integrados. Sendo que os cuidados continuados integrados correspondem a um “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global, entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.”, (artigo 3º, alínea a). Compreendem ainda “a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis”, (artigo 5, nº1, alínea b).

Nesta perspetiva reconheço, que só a competência do enfermeiro em contexto hospitalar, não suprime todas as necessidades da pessoa/família. É por isso fundamental uma eficiente articulação com os serviços da comunidade, que forneçam cuidados continuados, onde estas pessoas residem, para que ocorra a sua plena reinserção na sociedade. Estes serviços devem proporcionar á pessoa, a sua inclusão através do planeamento, coordenação e avaliação constante das suas necessidades, de modo a promover o respeito e o seu bem-estar, protegendo os seus interesses.

Daí a relevância que só agora reconheço a uma UCC, cuja missão será “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde” (Plano de Atividades da UCC-P, para 2014). E que para isso, incorporam uma equipa multiprofissional, de entre os quais o enfermeiro de reabilitação, que desenvolve inúmeros programas específicos na área da saúde e que participa em programas da comunidade envolvente.

O segundo tema que me suscitou uma reflexão, foi qual a relevância do EEER neste contexto. Á semelhança do que referi anteriormente, também nesta área o meu

desconhecimento era grande. A intervenção deste enfermeiro especialista, em contexto de internamento, parecia-me clara e objetiva, mas a sua atuação fora de uma instituição, ou seja, no domicílio das pessoas, parecia-me muito indefinida, dada a escassez de recursos materiais e humanos.

Segundo Ferreira (2011), o envelhecimento populacional é atualmente uma realidade, que constitui uma das principais preocupações no domínio da saúde, pelo facto de indicar um aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, que levam a perdas funcionais importantes, deixando estas pessoas de ser capazes de realizar as atividades de vida diária. Deste modo, compreendo, que a intervenção do EEER, se torne fundamental nos CSP, porque como nos diz ainda este autor, permite “uma intervenção continuada, dirigida às necessidades individuais específicas que poderá determinar o sucesso da adaptação” da pessoa, “mantendo-o ativo, independente e participativo” (p,17).

Neste sentido, percebo agora a suprema importância de efetuar um estágio de reabilitação na comunidade, pois no futuro será esta a área de intervenção mais relevante para o EEER e para a pessoa/família que necessita de cuidados especializados. Deste modo, este estágio permitir-me-á conhecer toda uma “nova” área de intervenção na área da especialidade, da qual me encontro muito desfasada.

Tal como mencionado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009, p.23-24), os EEER em todas as unidades da RNCCI “desempenham um papel pivô na equipa multiprofissional, determinantes no processo de cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração das pessoas dependentes no ambiente familiar potenciando o seu desenvolvimento”. Ainda segundo o Conselho de Enfermagem da OE (2010, p.22), “por serem profissionais com conhecimento aprofundado e que têm em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, os EEER são fundamentais tanto nas unidades, como nas equipas domiciliárias (UCC, por exemplo), já que estas estão vocacionadas para a prestação de cuidados às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e em situação de maior risco ou dependência física e funcional.”

Neste contexto, a intervenção do EEER, vai incidir na prestação de cuidados especializados, no domicílio e/ou instituições de apoio social, que incluam o ensino e treino dos familiares para a prestação de cuidados e apoio e natureza informativa e

educativa para o autocuidado, numa perspetiva personalizada, que caracteriza os cuidados destes especialistas, com vista á recuperação e adaptação funcional da pessoa e seus familiares.

O contributo que a EEER em contexto de CSP é, segundo Alves (2014, p.75), “o desenvolvimento de habilidades e capacidades funcionais” na pessoa, “a recuperação e o desenvolvimento da autonomia, a reintegração familiar e social, sem nunca a excluir do seu contexto sociofamiliar”. No seu estudo qualitativo efetuado a utentes dos cuidados domiciliários, Alves (2014, p.75) concluiu que, “o que distingue os cuidados de ER é o tipo de intervenção que faz quando presta cuidados á pessoa dependente e família”/cuidadores, pois “envolve as pessoas no seu programa terapêutico e é este envolvimento/participação no processo de reabilitação, com vista á autonomia, que conduz a uma maior satisfação das pessoas atendidas”. A “individualização da informação é outra dimensão relevante” do seu trabalho, “como meio para que o individuo aprenda a lidar com a situação de saúde/doença”. A “comunicação que estabelece com a pessoa dependente e a pessoa prestadora de cuidados, é essencial para que o primeiro consiga atingir a sua autonomia e o segundo veja diminuída a sobrecarga do seu trabalho, ao lidar com a doença do seu familiar (p.78-79).

Apesar do curto espaço de tempo de estágio, e pelo que me foi possível observar até á data, a EEER da UCC-P se guia pelo «pensamento» de Hesbeen (2003, p.51), ao “atribuir mais importância ao doente do que á doença”, centrando os seus cuidados nas necessidades e expetativas da pessoa e seus familiares, tendo apenas a patologia como referência e não como guia do seu programa de reabilitação. Para além disso, também me apercebi da sua importância na equipa de cuidados continuados, na medida em que para além do cuidar á pessoa e família no domicílio, também se articula com outros elementos, nomeadamente, assistente social, terapeuta da fala, psicólogo e médico, entre outros. Por outro lado, tive a possibilidade de assistir a uma reunião (mensal) da Equipa multidisciplinar da UCC-P, o que me permitiu perceber a dinâmica da equipa, o progresso dos seus projetos, as suas limitações, e as diretrizes mais recentes da ARSLVT ajustadas á realidade do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida (ACES-A).

Apesar dos factos que tenho observado e das informações que tenho recolhido, reconheço que teria sido importante ter adquirido, previamente, um conjunto de

conhecimentos sobre a estrutura e dinâmica dos CSP, bem como, da intervenção do EEER neste contexto. Penso que me teria facilitado a introdução neste estágio, a realização de uma pesquisa mais aprofundada sobre estes temas, e também uma entrevista estruturada á EEER/ Coordenadora da UCC-P e orientadora e uma visita prévia á unidade.

No entanto, no decorrer do estágio, para além do trabalho que já iniciei, irei tentar aceder a toda a documentação que me foi facultada pela enfermeira orientadora (EO), bem como a outros recursos informatizados da UCC-P (registos da SAPE e da RNCCI, por exemplo). Pretendo ainda, continuar a acompanhar a EEER/EO nas visitas domiciliárias às pessoas/famílias por si acompanhadas, percebendo a dinâmica da sua intervenção, a sua articulação com a restante equipa multidisciplinar e com os recursos da comunidade, para deste modo, participar progressiva e ativamente neste processo.

Alves, F. J. (2014) Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com dependência em contexto de cuidados de saúde primários. In: Investigação em enfermagem de reabilitação: Um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados. Escola Superior de Enfermagem do Porto. 73-82

Decreto-Lei nº 101/2006. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República — I Série-A Nº 109—6 de Junho de 2006. 3856- 3865

Ferreira, A. S. (2011) Independência funcional em idosos domiciliados: Intervenção de enfermagem de reabilitação. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu.

Hesbeen, W. (2003) A reabilitação. Lusociência. Loures

Ordem dos Enfermeiros (2009) Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro. Lisboa. Conselho de Enfermagem da OE

Ordem dos Enfermeiros (2010) Enfermagem de Reabilitação e Cuidados Continuados: Consolidação de permissas antigas ou um novo desafio? Conselho de Enfermagem da OE – Conceptualização da prática clínica. Revista Ordem dos Enfermeiros. Nº 33. 22-27

REFLEXÃO II

Ao iniciar o estágio já sabia, em certa medida, que as pessoas que iria acompanhar no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, seriam maioritariamente portadores de sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), e que por isso teria muitas oportunidades para desenvolver competências de enfermagem de reabilitação na área motora. No entanto, deparei-me com situações completamente diferentes, com pessoas portadoras de multipatologia e com sequelas pouco lineares e por vezes fora do esperado para aquela situação, nomeadamente, pessoas que foram acometidos por um AVC do tronco que apresentam tetraplegia mas mantêm as funções mentais/intelectuais intactas (incluindo a comunicação), ou que tiveram um AVC do hemisfério esq. e não apresentam alterações da linguagem, entre outras.

Tudo isto me causou uma imensa incerteza e frustração por não conseguir discernir quais as necessidades efetivas da pessoa, ou como intervir favoravelmente nessas necessidades, sendo uma mais-valia para a pessoa no seu dia-a-dia.

Aliado a isso, também o facto de entrar em casa das pessoas, na sua “intimidade”, me marcou muito. Ao olhar em volta e ver as suas limitações físicas e de recursos (humanos, materiais, económicos), apercebi-me como as suas vidas deverão ter dado uma “volta de 180º”, de como os seus objetivos de vida foram alterados por uma situação de doença súbita, nomeadamente o AVC, que paulatinamente se transformou numa situação crónica que comanda até hoje as suas vidas (pessoa e cuidador).

Face aos dois fatores atrás descritos, por um lado a complexidade patológica das pessoas e por outro as limitações de recursos, senti necessidade de adotar uma visão mais abrangente e ter em conta, não só a pessoa alvo de cuidados, mas também a sua família/cuidador e meio social onde está inserida, para poder dar resposta às competências que pretendo desenvolver.

No meu dia-a-dia, ao cuidar de pessoas em meio hospitalar, idealizo que, as pessoas após a alta retomam sempre a sua vida anterior, ao seu contexto familiar e social, com restrições mínimas, e que quando para tal não se encontram em condições ficam institucionalizadas. No fundo reconheço, que isto é apenas um subterfugio que utilizo para justificar que os meus cuidados e esforços, bem como da equipa com que trabalho, não são em vão e que apesar das circunstâncias, a

peessoa ainda poderá ter alguma qualidade de vida. Por isso, não me encontrava preparada para encontrar pessoas tão incapacitadas no domicílio, pois para mim estas pessoas estariam internadas numa instituição de cuidados continuados, visto necessitarem de um tão grande número de recursos. Não me era possível imaginar que estas situações tão complexas existissem nestes contextos, pois trata-se de pessoas muito dependentes de terceiros, maioritariamente familiares (cônjuges e filhos), muitas vezes também eles idosos ou com limitações físicas, que se tornam de um dia para o outro cuidadores permanentes.

Ao deparar-me, em estágio, com toda esta complexidade de vida e necessidade de cuidados, esqueço-me com frequência que sou enfermeira há vários anos, e interiorizo o papel de aluna. Por vezes, parece que não sei como abordar as pessoas, como identificar e priorizar as suas necessidades mais prementes e como utilizar os recursos disponíveis de forma mais eficiente. Apesar de reconhecer as alterações/limitações das pessoas/cuidadores, sinto dificuldade em estabelecer de imediato prioridades de atuação e rentabilizar o tempo da visita domiciliária. Por vezes, o que me parece de momento uma intervenção prioritária, após discussão com a enfermeira orientadora, concluo que nem sempre corresponde às necessidades e expectativas sentidas pela pessoa/cuidador. Deste modo, é-me ainda extremamente difícil efetuar um levantamento de necessidades adequado à pessoa/família, que me permita desenvolver um plano de intervenção a curto prazo, que seja benéfico e tenha resultados visíveis.

Compreendo no entanto que para desenvolver competências de enfermagem de reabilitação a minha intervenção, tal como enunciado pela Ordem dos Enfermeiros (2010, p.3), se deva iniciar pela identificação das “necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária”, para posteriormente conceber, implementar e avaliar os “planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade”.

No meu ponto de vista, a atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), em contexto domiciliário é de extrema importância, pois

contribui para a melhoria significativa da condição da pessoa, e da sua qualidade de vida. Quando paro para pensar um pouco, apercebo-me do muito que este profissional poderá fazer neste contexto, no entanto as limitações de recursos humanos (nº de EEER, equipa multidisciplinar) e materiais (veículos) e temporais (frequência e tempo de visitação) dificultam em grande medida a obtenção destes objetivos.

O contacto com toda esta realidade, tem sido um acontecimento importante no meu percurso académico e profissional, pois tem-me permitido conhecer a sociedade atual, nomeadamente no que concerne á necessidade premente de cuidados de saúde, que se verifica em grande escala na população idosa, e que permanece desconhecida da maior parte das pessoas, tal como para mim o era. Como diz o ditado, «longe da vista, longe do coração». Parece que o desconhecimento desta realidade, fazia com que ela não existisse.

No entanto estas carências de cuidados de saúde existem, em grande número, e necessitam muito de cuidados especializados, nomeadamente de cuidados de reabilitação, para que as pessoas possam ter uma plena reabilitação, reinserção familiar e social, ou simplesmente manter alguma dignidade e qualidade de vida, da vida que lhes resta. Neste sentido a Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro de 2014, artigo 8º, vem regulamentar, entre outros aspetos, a importante função das equipas domiciliárias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), bem como a relevância do enfermeiro de reabilitação neste contexto, descrevendo a importância de “uma avaliação multidisciplinar das necessidades da pessoa” que “implica a elaboração de um plano individual de intervenção” (ponto 2, p.4867). E também que esta equipa proporcione á pessoa “prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais”; “personalização dos cuidados”; “apoio no desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária”; “promoção de um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia”; e “participação, ensino e treino dos familiares ou dos cuidadores informais” (ponto 5, p.4867). Em todo este processo o EEER tem uma intervenção ativa, ao ser «gestor» do processo de saúde dos utentes, encaminhados para a RNCCI, que necessitem de cuidados de enfermagem de reabilitação, não descurando as restantes necessidades da pessoa,

bem como da restante família. Situação que se aplica no meu contexto de estágio, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Palmela (UCC-P), onde a EEER é responsável pelo acompanhamento do processo individual de saúde da pessoa e seu cuidador/família e garante a comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados.

Para além destes factos, apercebi-me durante a visitação domiciliária, da importância dos cuidadores neste contexto. Dado o grau de dependência das pessoas referenciadas nesta UCC, que necessitam de reabilitação, bem como a elevada faixa etária destes e dos cuidadores, confrontei-me com a preocupação acrescida não só para com a pessoa, mas também com o seu familiar/cuidador. Também Silva (2012, par. 2), evidencia esta realidade quando nos diz que “a existência de cuidadores idosos é hoje um dado adquirido”, que para além das dificuldades inerentes ao seu processo de envelhecimento, se alia uma atividade muito desgastante, como é a do cuidador, que pode ainda ser agravada “no caso deste, não ter conhecimento, habilidade, ou apoio suficiente para a prestação dos cuidados”.

Ainda neste âmbito, Silva (2012, par.10) refere que “cuidar do idoso no domicílio é, também, cuidar do cuidador, pois muitas vezes, este também idoso necessita de conforto e apoio”. O enfermeiro tem portanto “competência para intervir e ajudar nos momentos adequados” de modo a tornar a família “um agente ativo em todo este processo”, pois como sabemos, “um cuidador bem preparado é um elemento decisivo para a recuperação e a qualidade de vida do idoso e do próprio”.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto domiciliário, desenvolvem-se tendo como princípios fundamentais o respeito pela pessoa, pela sua individualidade e pelo seu contexto sociofamiliar. Sendo que, para Raposo (2012, p.13), a “reabilitação no domicílio é geralmente vista como a continuação dos programas de reabilitação iniciados em unidades de agudos, programas de ambulatório e serviços de reabilitação de doentes crónicos”, cujo objetivo será promover a autonomia, a independência e reintegração na comunidade, através da transferência de competências para o seu ambiente natural – o domicílio.

No entanto, o realce da atuação deste especialista, segundo Silva (2012, par.12), deverá ser dado á supervisão e desenvolvimento de “intervenções que capacitem os cuidadores para a prestação de cuidados globais ao idoso, de forma a não porem

em risco a segurança da pessoa”; instruir sobre “o que fazer, como e quando fazer”; e informar “sobre a doença, as suas principais dificuldades, a gestão e adesão ao regime terapêutico, as redes locais de apoio, associações de ajuda, apoio social e económico, entre outras dificuldades expressas pelo idoso ou familiar”.

Face a tudo isto, sinto uma enorme responsabilidade de adequar os recursos disponíveis, e de capacitar não só a pessoa, mas também o cuidador, da forma mais adequada possível, para poupar o cuidador, ou segundo Alves (2014, p.79), “diminuir a sua sobrecarga de trabalho, ao lidar com a doença do familiar” pois só um cuidador saudável física e psiquicamente, pode cuidar de alguém dependente.

Raposo (2012, p.14) diz-nos que os cuidados de enfermagem de reabilitação efetuados no domicílio desafiam a criatividade e flexibilidade do EEER, e que este terá de “desenvolver um conjunto de conhecimentos e competências aos três níveis do saber ao longo do ciclo vital, pois cada visita domiciliária exige que dê resposta às necessidades únicas da pessoa/família bem como à situação única daquele domicílio”.

O meu maior desafio ao longo desta semana tem sido a avaliação da situação clínica da pessoa, o reconhecimento das suas limitações na satisfação das necessidades humanas fundamentais, bem como as necessidades do cuidador, no contexto de intervenção do EEER. Pelos fatores atrás descritos, e também pela limitação temporal e de frequência das visitas domiciliárias, este desafio tem sido ainda mais difícil de transpor. No entanto com a ajuda experiente da enfermeira orientadora, penso conseguir elaborar um plano de intervenção personalizado e adequado às necessidades reais da pessoa/cuidador, tendo em conta as suas expectativas e a sua envolvente sociofamiliar.

Para isso, pretendo aprofundar a colheita de dados, nomeadamente a nível da avaliação neurológica, e também treinar algumas técnicas de reabilitação respiratória e motora que me permitam intervir de forma ativa e eficaz junto da pessoa/cuidador.

Alves, F. J. (2014) Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com dependência em contexto de cuidados de saúde primários. In: Investigação em enfermagem de reabilitação: Um novo conhecimento para

guiar a prática de cuidados. Escola Superior de Enfermagem do Porto. p.73-82

Decreto-Lei nº 174/2014. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República 1.^a série — N.º 174 — 10 de setembro de 2014. Artigo 8º. p.4865-4882.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento para as Competências Específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>

Raposo, Ana Maria Carvalho Martins (2012) Efeito de uma intervenção educativa dirigida ao cuidador informal/ utente com doença avançada no domicílio. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. p.7-39

Silva, Dulce (2012). Consulta de enfermagem ao idoso no domicílio. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos Enfermeiros/Consulta de Enfermagem ao Idoso no Domicílio - Enf Dulce Silva - Enfermeira Especialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Consulta%20de%20Enfermagem%20ao%20Idoso%20no%20Domicilio%20-%20Enf%20Dulce%20Silva%20-%20Enfermeira%20Especialista.pdf)

REFLEXÃO III

A minha reflexão desta semana, vai no sentido de me debruçar sobre a importância da formação, aquisição de novos conhecimentos, sedimentação de velhos saberes e troca de experiências, para o desenvolvimento profissional e melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Esta reflexão vem a propósito do facto de ter assistido, a convite da minha orientadora de estágio, às Jornadas Internacionais do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

Segundo o Presidente da Comissão Executiva, Dr. Luís Jacinto (2014, p.3), no Jornal Médico das Jornadas, estas ao abrangerem temas provenientes de várias áreas da reabilitação e ao contarem com a participação de palestrantes nacionais e estrangeiros “asseguram a qualidade da partilha e troca de conhecimentos e experiências entre os profissionais” e permitem “promover continuamente o desenvolvimento científico, tecnológico e humano dos seus profissionais”, “assente na melhor evidência clínica, diferenciação e experiência nas atividades assistencial e científica”.

Ainda para a Dra. M^a José Rodrigues (2014, p.4), Diretora Clínica do CMRA, “a grande inovação das jornadas é todo o enfoque num saber multidisciplinar, porque é desta forma que se trabalha e se conseguem bons resultados”.

O tema das Jornadas foi “Investigar e Intervir é Reabilitar”, onde foi dada ênfase a tópicos como a neuroplasticidade, a toxina botulínica, a inovação tecnológica e a participação da pessoa e cuidadores na reabilitação. De entre as diversas sessões plenárias das jornadas, destaco 3 que me suscitaram maior interesse e que seguidamente descrevo.

Na primeira sessão das jornadas, cujo tema era neurociências e reabilitação, falou-se inicialmente sobre as sequelas das lesões do SNC, nomeadamente a espasticidade, como um sintoma positivo excessivo, que leva a sintomas negativos por défice de resposta inibitória cortical, que por sua vez produzem alterações biomecânicas. Estas devem ser alvo de reabilitação, para ajudar a aliviar os sintomas, diminuir a sua progressão, melhorar a coordenação motora e a funcionalidade. Como segundo tema, foi abordado o trabalho de equipa de reabilitação por objetivos centrados no doente e mapeados a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) onde se evidenciou a importância de um

trabalho de equipa que inclua o doente, e que seja guiado por um sistema de avaliação que permita estimar necessidades, compatibilizar os tratamentos com as condições específicas, avaliar as aptidões profissionais, a reabilitação e os resultados e proporcione uma linguagem unificada e padronizada para melhorar a comunicação entre diferentes elementos. Foram ainda abordados os temas da neuroplasticidade e do tratamento com toxina botulínica.

O conceito de neuroplasticidade, foi definido como a capacidade do sistema nervoso se reorganizar e desenvolver novas conexões compensatórias face a uma lesão. Esta pode por um lado ser positiva, através da repetição de movimentos que influenciam o estabelecimento de mais e melhores sinapses, e por outro lado ser negativa, na medida em que ocorre a aprendizagem do desuso, ou seja, o uso de estratégias erradas, nomeadamente no AVC, que levam ao uso incorreto dos membros lesados, ou a compensar o membro disfuncional, isto é, levam ao desenvolvimento do hemisfério cerebral sã em detrimento do lesado.

Foi referido que a toxina botulínica (neurotoxina produzida pela bactéria *Clostridium botulinum*) do tipo A (TBA) tem vindo a tornar-se a principal “arma” no tratamento da espasticidade, visto que esta toxina quando injetada a nível muscular bloqueia a liberação da acetilcolina na junção neuromuscular, provocando paresia muscular. Leva em média 2 a 3 dias a fazer efeito e a sua atuação pode permanecer cerca de 9 semanas. O tratamento com TBA em pessoas com espasticidade possibilita uma reeducação neuromuscular, o que auxilia no processo da reabilitação. O objetivo é a inibição da atividade reflexa anormal para normalizar o tônus muscular e facilitar o movimento normal, com isso haverá uma melhoria da força, da flexibilidade, da amplitude de movimento, dos padrões de movimento e, em geral, das capacidades motoras básicas para a mobilidade funcional.

Na segunda sessão foi dado ênfase à reabilitação na patologia osteoarticular, com temas como o tratamento da osteoporose no idoso, osteoporose neurogénica e osteoartrose, onde foi frisado que apesar do envelhecimento ósseo ser uma realidade, pois ocorre mudança da função (por aumento da reabsorção e diminuição da formação de osteócitos, osteoblastos e osteoclastos) e da geometria (ossos ficam mais finos e arqueados), as medidas gerais não farmacológicas são as mais adequadas, nomeadamente no que concerne à nutrição rica em cálcio, vitamina D e

proteínas, desaconselhado consumo de tabaco, álcool ou café e incentivo á prática de exercício físico.

Numa outra sessão foram debatidas as tecnologias ao serviço da reabilitação, com temas como a robótica, utilização do exosqueleto para reeducação motora em neuroreabilitação e a casa inteligente. Por um lado, a terapia com recurso a sistemas robotizados permite um treino funcional intensivo, nomeadamente a nível da marcha e mobilização dos membros superiores. Esta tecnologia tem lugar na reabilitação das sequelas motoras associadas a patologias/sequelas neurológicas ou ortopédicas, como o AVC, esclerose múltipla, paralisia cerebral, Parkinson, TCE, alterações ortopédicas pós-cirúrgicas, lesão medular, etc. Por outro lado permite adequar infraestruturas a nível domiciliário ou laboral, que facilitem a independência do utente, facilitem as tarefas dos cuidadores e lhes permitam alguma qualidade de vida.

Foram ainda abordados temas bastante interessantes nas comunicações livres, como a reabilitação visual após AVC, onde foram abordadas estratégias para restituir a visão, compensar as alterações, ou substituição com ortóteses. Foi também apresentada a evidência atual da vantagem do treino aeróbico intervalado de alta intensidade comparativamente ao treino contínuo. Foi demonstrada a eficácia na intervenção da terapia de grupo para a reabilitação da marcha na pessoa com AVC. E também a importância do condicionamento ao esforço na lesão vertebro medular, como uma estratégia para reduzir o sedentarismo e as alterações cardiovasculares, que na maioria das vezes são a causa de morte prematura nestas pessoas.

Para mim foi fundamental perceber que para os diferentes profissionais da área, o utente tem sempre uma palavra a dizer no seu programa de reabilitação, e que toda a sua envolvência social e familiar é também valorizada neste processo. A aposta deverá ser feita na autonomia do utente, para que possa ser o mais independente possível, dentro das suas próprias limitações. A Dra. M^a José Rodrigues (2014, p.4), vem evidenciar este conceito ao afirmar que “os tratamentos deverão ser centrados no utente”, pelo que será “inevitável que se estruture o plano de recuperação com o próprio, porque reabilitar é reintegrar a pessoa na sociedade, de maneira a ter a vida o mais normal possível, com o máximo de autonomia” sendo o papel da família/cuidador imprescindível na sua reintegração.

Foi também importante conhecer toda esta nova panóplia tecnológica que poderá melhorar a recuperação dos utentes, nomeadamente com patologia neurológica.

No entanto, penso que existiu também um aspeto menos positivo, nesta formação, que está relacionada com as expectativas que eu tinha ao ver o programa das jornadas, nomeadamente em alguns assuntos, como por exemplo a nível do tema “Sequelas de lesões do SNC – novas descobertas, avanços terapêuticos”, em que achei que iria conhecer novas ferramentas para lidar com estas sequelas, mas em que apenas foi sugerida a manutenção dos tratamentos (exercícios) atualmente efetuados. Apesar de alguns temas apresentados não terem dado resposta às minhas questões, considero uma mais valia ter assistido a estas preleções, pois permitiu-me ter conhecimento de algumas investigação recentes na área da reabilitação, que terei todo o interesse em pesquisar futuramente.

Tal como nos diz Varandas da Costa (2011, p.45), “a formação é algo essencial ao Homem, pois, numa perspetiva macro, contribui para um desenvolvimento da profissão e, a nível micro, para um desenvolvimento pessoal”.

Creio que a importância da formação contínua, contribuí para uma valorização profissional, logo para o desenvolvimento do capital humano, cujo contributo visa a melhoria da qualidade da prática de enfermagem e a promoção da sua imagem profissional.

Neste contexto penso que esta formação foi de encontro ao meu projeto de formação, pois encontrava-se perfeitamente enquadrado na especialidade de reabilitação. Isto vai no sentido do que diz Varandas da Costa (2011, p.51), de que “a formação deve ser realizada na produção diária do saber e sempre que oportuno, e não no seu consumo descontextualizado, para conseguir os seus objetivos deve ser processada por projeto, e não por áreas soltas”.

Um dos fatores que também me motivou a frequentar estas jornadas, foi tentar dar resposta as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, mencionadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010, p.10), no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, em que o enfermeiro especialista deverá basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, isto é, deverá assentar “os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões

de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes”.

No meu contexto atual de formação académica e profissional, a frequência das Jornadas permiti-me estar a parte de algumas evidências científicas recentes que muito contribuirão para a reabilitação. E também perceber que a reabilitação é um processo vital, que não culmina com a alta hospitalar ou de um centro de reabilitação, que toda a aprendizagem adquirida deve ser treinada para continuar a dar frutos, ou seja, que o treino repetitivo, intensivo, orientado para tarefas do dia-a-dia, sugere alterações graduais na representação cortical, com consequente ressurgimento do movimento e função das partes lesadas, mesmo após mais de seis meses após a lesão inicial.

Estes factos permitir-me-ão obter um melhor desempenho no decorrer do estágio, pois irei tentar adequar os subsídios que obtive nesta formação às necessidades dos utentes que estou a cuidar, em contexto domiciliário, nomeadamente no que concerne ao investimento na reabilitação motora, com a certeza de que poderei sempre esperar pequenos ganhos na reabilitação dos utentes, mesmo que estes apresentem situações clínicas complexas. E que com algumas ferramentas adquiridas em termos de recursos sociais poderei aconselhar os utentes ao meu cuidado a serem protagonistas de sucesso na sua reintegração.

Jacinto, Luís (2014). Enquadramento. In Jornal Médico das Jornadas Internacionais do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão. 24 Outubro. Alcoitão

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>

Rodrigues, Maria José (2014). Os tratamentos são centrados no doente. In Jornal Médico das Jornadas Internacionais do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão. 24 Outubro. Alcoitão

Varandas da Costa, M. L. (2011). Mais Saber, Melhor Enfermagem: A repercussão da formação na qualidade de cuidados. Universidade Lusófona de

Humanidades e Tecnologias, Instituto de Ciências da Educação. Tese
Mestrado. Lisboa

REFLEXÃO IV

A minha reflexão desta semana vai no sentido do plano de intervenção que elaborei para um utente com patologia respiratória, mais propriamente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), por enfisema. Isto porque sinto ter evoluído na avaliação inicial do utente e estabelecimento do plano de intervenção junto do mesmo, tendo em conta a sua perspetiva, as suas necessidades, as suas redes de apoio e os seus recursos económicos.

Neste contexto, deparei-me então com um utente que parecia saber tudo sobre a sua patologia, e sua gestão, bem como, sobre o programa de exercícios respiratórios e de fortalecimento muscular. Inicialmente senti-me intimidada, pois era o utente que geria a visita, me indicava quais os exercícios que estava habituado a fazer, a sua ordem e o número de repetições. Sempre que eu não fazia algo como estava habituado referia logo que a Enfª Isabel não fazia desse modo, e que a sua atuação era mais eficaz, situação que a minha orientadora desvalorizou, referindo que cada enfermeiro tinha um modo próprio de atuação, mas que em suma tudo teria o mesmo benefício para o utente. Creio que o utente sentiu o meu receio e se “aproveitou” um pouco disso para me intimidar. O que de certo modo conseguiu pois parecia que o utente era “super” autónomo e conseguia facilmente gerir a sua situação de doença, sem interferência de terceiros, mesmo que estes fossem especialistas com bastante experiência profissional na área, como é o caso da minha enfermeira orientadora. Apesar do receio e falta de à-vontade que senti, tentei sempre tirar partido de todas as informações e vivências que o utente me transmitia sobre como perspetivava a sua doença, como efetuava a sua gestão, quais as intervenções de enfermagem de reabilitação que mais impacto tinham na redução da sua dispneia e na melhoria da sua qualidade de vida. Permitiu-me também desenvolver alguma destreza manual, na medida em que o utente me ia dando *feedback* das técnicas que consigo desenvolvia em termos de reeducação funcional respiratória.

Para Hoeman (2000) é essencial que o enfermeiro de reabilitação efetue avaliações da pessoa/família que incluam medições físicas, cognitivas, afetivas, sociais e de qualidade de vida, só assim é possível o enfermeiro especialista estabelecer um plano de cuidados. Foi neste contexto que após realizar uma detalhada avaliação do utente, me apercebi que aquela pessoa que á primeira vista me tinha intimidado com

tanto “saber” e “autonomia”, afinal tinha algumas necessidades latentes que condicionavam a sua qualidade de vida, onde eu como enfermeira de reabilitação poderia tentar intervir. Neste sentido senti uma imensa necessidade de associar á colheita de dados escalas de avaliação da dispneia e da qualidade de vida.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2011) a dispneia, como principal sintoma do portador de DPOC, é por natureza um dado subjetivo, pois implica um autorrelato do utente. Para conhecer a evolução da dispneia ao longo do tempo e recorrendo à memória do utente, estão validadas e padronizadas várias escalas, sendo recomendado pela DGS (2009) o *Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire* (MRC DQ) que segundo Casado (2012, p.57) é um instrumento para avaliação da dispneia que traduz o impacto da gravidade da DPOC no utente e quando associada a outras avaliações pode ser preditor do seu prognóstico. Por este motivo decidi associar outras escalas também recomendadas pela DGS, nomeadamente a Escala *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL) e o *St. George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ), que avaliam a qualidade de vida do utente com DPOC, que fica facilmente afetada.

Ao aplicar estas escalas apercebi-me que apesar do utente transmitir uma grande segurança na gestão da sua doença, esta condicionava de forma significativa a realização das suas atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e com impacto psicossocial significativo. Deste modo percebi que havia algumas áreas a trabalhar, pois só isso justificaria os resultados obtidos nestas avaliações. Percebi também qual a necessidade da minha intervenção, quer a nível da melhoria da função respiratória, quer a nível da readaptação e reintegração psicossocial.

A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2009) nas suas Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na DPOC, refere que estes utentes beneficiam da implementação de um programa de tratamento individualizado de reabilitação respiratória (RR), delineado para atenuar os sintomas, melhorar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde através da estabilização ou regressão das manifestações da doença. Nestas orientações a DGS defende ainda que os programas em ambulatório, com duração de 8 a 12 semanas têm vantagens na relação custo/eficácia, uma vez que o utente beneficia de profissionais treinados, em ambiente seguro, sem os custos inerentes ao internamento em meio hospitalar.

Por sua vez, os programas de RR realizados no domicílio podem ser mais convenientes para o utente, evitando as suas deslocações frequentes aos serviços de saúde, prolongando o benefício obtido em meio hospitalar.

Tudo isto me fez refletir sobre a importância das orientações da DGS nesta área, mas também da necessidade do utente continuar a beneficiar desta assistência no domicílio para além do período estabelecido. Neste caso parece-me um “desperdício” de recursos, nomeadamente, no âmbito da enfermagem de reabilitação da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Pois este utente específico, beneficia da sua intervenção/assistência á cerca de nove meses, apresentando-se atualmente, praticamente, autónomo a nível das AVD, parece conhecer para além dos programas de reeducação funcional respiratória, do treino muscular dos membros superiores e inferiores, também as medidas de conservação de energia e de controlo da dispneia. Toda esta situação levou-me a questionar qual a utilidade de manter o acompanhamento, duas vezes por semana, de um utente autónomo na gestão da sua doença e do seu dia-a-dia, cujo último internamento remonta a março de 2013, e o recurso ao serviço de urgência a fevereiro de 2014.

Mesmo concordando com as conclusões de Man, Kemp, Moxham e Polkey (2009), na sua revisão da literatura sobre a disfunção muscular esquelética na DPOC, em que os ganhos em saúde obtidos com a RR tendem a desaparecer após 12 a 18 meses, mas mantêm a sua efetividade se o utente mantiver um programa de exercícios no domicílio. Não deixo de me questionar se será mesmo importante manter esta intervenção tão rotinizada, num utente tão autónomo. Por este motivo coloquei estas minhas questões á enfermeira orientadora. Percebi depois á conversa com ela, que em todo este tempo de acompanhamento foi efetuado um extenso trabalho de reabilitação, com vista á autonomia do utente face á gestão da sua patologia, reabilitação respiratória e motora e readaptação ao seu meio sociofamiliar, pois só assim conseguiu que o utente tivesse a autonomia que hoje se verifica. Nesta fase também ela concorda que este utente já não necessita de uma intervenção tão regular no contexto de cuidados continuados integrados, pois tal como nos diz o Decreto-Lei nº 101/2006, no seu artigo 27º, a equipa de cuidados continuados integrados presta serviços domiciliários, para além de outras valências, de enfermagem de reabilitação “a pessoas em situação de dependência funcional” (...) “que não podem deslocar-se de forma autónoma” para aceder a estes serviços

(p.3862). Deste modo, visto tratar-se de um utente independente na satisfação das suas AVD e AIVD, que diariamente vai fazer uma caminhada na rua, a perspetiva atual de intervenção de enfermagem de reabilitação, vai no sentido de o preparar para a alta, ou se a médica assistente, nomeadamente a Pneumologista, assim o considerar, encaminhá-lo para um centro de reabilitação, onde possa manter o seu programa, em contexto de ambulatório.

Neste sentido a minha perspetiva de intervenção atual tem em vista a preparação da alta, com o utente, através do estabelecimento de um programa de exercício, do seu ensino, instrução, treino, orientação, motivação, esclarecimento de dúvidas e validação de conhecimentos, de modo a que este o compreenda e o execute diariamente, para lhe permitir manter a sua autonomia na gestão da doença e qualidade de vida.

O programa de reabilitação personalizado, com vista á alta irá ter por base alguns critérios fundamentais, tais como: educação; medidas gerais de conhecimento e gestão da patologia; otimização da terapêutica; nutrição; reeducação funcional respiratória; readaptação ao esforço e treino de exercício; terapia ocupacional e apoio psicossocial.

No entanto a dificuldade atual, para além de se tratar de um utente com uma doença crónica, com tudo o que isso acarreta em termos físicos, sociais e culturais (saberes, crenças e atitudes), acresce também o fator psicológico, muito importante nesta patologia e neste caso concreto. Este último fator constitui uma barreira marcante neste processo de implementação e validação de estratégias com vista á alta, pois o utente face a esta perspetiva – alta - está a desenvolver um quadro de ansiedade e depressão ligadas à antecipação, que por vezes desencadeia episódios de dispneia. Face a esta situação irei tentar desenvolver também, tal como é referido pela DGS (2009, p. 2), uma intervenção psicossocial baseada no ensino de estratégias antistress, controlo de pânico e aplicação de treino de relaxamento.

Ao refletir sobre todo o processo de colheita de dados, avaliação das necessidades do utente e implementação de um programa de intervenção, percebo algumas falhas existentes neste processo, na medida em que as intervenções preconizadas deviam ser especificamente dirigidas a este utente bem como às suas necessidades e que deverão ser adequadas ao seu contexto socioeconómico. Por exemplo, só ao validar o plano de intervenção com o utente e com a enfermeira orientadora me apercebi

que a situação de ansiedade e dispneia descritas pelo utente nas últimas visitas, tinha não só a ver com a antecipação da alta, mas também com carências económicas atuais que não lhe permitem adquirir toda a medicação necessária, despoletando situações de agravamento, que numa situação normal não aconteceriam ou que o utente solucionaria rapidamente.

Desta forma, terei de ter em conta, neste contexto, para além do programa estabelecido, um eventual encaminhamento para o médico assistente, para revisão terapêutica, para a assistente social, para adequar recursos económicos, e para a psicóloga, para gestão deste processo de ansiedade e depressão.

De futuro tentarei efetuar colheitas de dados mais pormenorizadas tendo em conta todos os contextos da pessoa a cuidar, nomeadamente físico, psíquico, familiar, económico, social, cultural e espiritual, para melhor adequar a minha intervenção e deste modo obter ganhos de saúde e de qualidade de vida para a pessoa, família e comunidade envolvente.

O programa de reabilitação deve, segundo Hoeman (2000), ter por base uma relação terapêutica, que impulse estratégias de *coping* promotoras dum ambiente estimulante e não restritivo, qualidade de vida e dignidade do utente/família e prevenção dum maior défice funcional e psicossocial.

Casado, S. A. (2012). Implementação de um programa de enfermagem de reabilitação domiciliária em utentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. Escola Superior de Saúde de Bragança. Dissertação de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Decreto-Lei nº 101/2006. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República — I Série-A, Nº 109—6 de Junho de 2006. 3856- 3865

Direcção-Geral da Saúde (2009). Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Circular Informativa Nº: 40A/DSPCD. Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde (2011).Cuidados respiratórios domiciliários: Prescrição de oxigenoterapia. Circular Normativa Nº: 06/DSPCS. Lisboa

Hoeman, S. [et al.] (2000) Enfermagem de reabilitação: Processo e aplicação. 2ª ed.
Loures: Lusociência

Man, W. D., Kemp, P., Moxham, J., & Polkey, M. I. (2009). Exercise and muscle dysfunction in COPD: Implications for pulmonary rehabilitation. Clinical Science London. 117(8),p. 281-291. Doi: CS20080660 [pii] 10.1042/CS20080660

REFLEXÃO V

Esta reflexão vai no sentido de rever o meu percurso de estágio em contexto comunitário, pois na minha perspetiva, este foi constituído por duas fases.

Numa fase inicial, ocorreu a integração nas funções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) na equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) em contexto domiciliário, contacto com a realidade sociofamiliar dos utentes, com a cronicidade das suas patologias, e dificuldades face á atuação deste especialista neste âmbito e nesta unidade funcional – Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), pois certamente outras unidades de cuidados na comunidade encontrarão as mesmas ou outras dificuldades (nº utentes, tempo de visitação, recursos disponíveis, transporte, etc).

A minha orientadora de estágio acompanhava quase exclusivamente utentes com AVC, pois dado o elevado número de utente a necessitar de cuidados de reabilitação, houve necessidade de estabelecer critérios de seleção, dentro da UCC. Segundo ela, foram selecionados estes utentes, por verificar que na população abrangida pelo Centro de Saúde, o AVC era a patologia mais prevalente e mais incapacitante. Por isso numa primeira fase, como já referi em outras reflexões, deparei-me com utentes muito dependentes, com multipatologias, pelo que senti que a minha intervenção pouco ou nada viria a acrescentar á sua autonomia ou á sua qualidade de vida. Tal como referiu por diversas vezes a minha enfermeira orientadora (EO), os cuidados de reabilitação a estes utentes visam quase exclusivamente a manutenção da função, prevenção de agravamentos ou incapacidades e capacitação do cuidador, tal como referido na Portaria n.º 174/2014, artigo 8º alínea 5a, referente á Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), “prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais”. Por isso senti uma grande frustração quando me deparei com as inúmeras dificuldades em fazer uma aprofundada colheita de dados e uma adequada avaliação neurológica, pois o pouco tempo e nº das visitas domiciliárias (1 a 2 por semana, por períodos de 30 a 45 min), associado aos grandes défices cognitivos dos utentes constituíam uma importante barreira a uma adequada avaliação das necessidades e elaboração de um plano de intervenção personalizado e adaptado às capacidades, necessidades e expetativas

do utente/cuidador. Muitas vezes o plano de intervenção não podia ser negociado com o utente, sendo ajustado às necessidades e expectativas do cuidador também ele idoso, com inúmeras limitações físicas, económicas e culturais. Estes planos eram contudo discutidos com a EO, no sentido de perceber a sua viabilidade e utilidade e para poderem dar seguimento ao programa por si instituído e com possibilidade de serem continuados, quer por ela, quer pela colega que de seguida irá realizar estágio nesta UCC, o que vai no sentido do mencionado pela Ordem dos Enfermeiros (2007, p.24) em que o trabalho de equipa é muito importante para se conseguir a continuidade dos cuidados. Também sobre este assunto Benner (2001, p. 177) refere que “trabalhar em equipa é crucial”, “para que o tratamento seja o mais eficaz possível, cada uma das pessoas implicadas deve apresentar o seu ponto de vista aos outros membros da equipa”.

No entanto, com o avançar do estágio e com a minha integração, em termos de adaptação a esta nova perspetiva, à intervenção da enfermeira especialista, com um maior à-vontade com os utentes/cuidadores e com o aumento da destreza, os processos foram evoluindo favoravelmente sem constrangimentos de maior. A grande questão que se me continuou a colocar, foi o facto de não conseguir a curto prazo (dias, semanas) conseguir ver grandes mais-valias da minha intervenção. Apesar da EO me estar constantemente a fazer reforços positivos acerca da minha evolução e atuação face aos utentes, parecia-me que pouca evidência se denotava na sua situação clínica ou qualidade de vida. Pontualmente quando os utentes desenvolviam quadros de dificuldade respiratória por aumento da produção de secreções associados a síndromas gripais ou infecciosos, as visitas tornavam-se mais frequentes e embora no momento não conseguíssemos visualizar grandes melhorias, posteriormente os cuidadores davam-nos um *feed-back* positivo, ao referirem que a pessoa tinha eliminado muita expectoração, que já respirava com menos dificuldade ou que tinha dormido melhor, o que acabava por ser uma “lufada de ar fresco” no desenrolar do estágio e na minha intervenção. Já no ano de 2001, Correia et al. (p.79), num trabalho realizado pela Agência de Contratualização da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (1999) sobre a satisfação dos utentes utilizadores dos cuidados continuados, constataram que “87% dos inquiridos estão satisfeitos com os cuidados recebidos e mais de metade

referem terem melhorado a sua qualidade de vida após os cuidados que lhes são prestados no domicílio”.

No entanto, o estágio passou por uma segunda fase, não sei se é apenas uma perspetiva minha, por já me sentir mais segura, mais à-vontade na pele de enfermeira especialista em reabilitação, ou se realmente houve eventos que despoletaram esta minha sensação.

A dada altura, já a meio do estágio, comecei a acompanhar um utente com patologia respiratória e iniciamos visitação domiciliária a um jovem com traumatismo vertebro-medular. Estas duas novas situações despertaram-me de um certo “torpor”, que já vinha sentindo neste período intermédio de estágio, e puseram-me de novo alerta e motivada. Tive de imediato uma grande necessidade de efetuar mais pesquisa, para melhor perceber a complexidade patológica dos utentes e puder intervir de forma mais adequada e personalizada.

Enquanto na primeira fase tentei concretizar os objetivos iniciais de integração na equipa e nas funções do enfermeiro especialista em contexto de cuidados na comunidade, nesta fase creio que comecei concretamente a desenvolver competências de EEER e a dar cumprimento aos meus objetivos de intervenção, pois os utentes permitiam-me estabelecer com eles uma relação diferente, por serem eles próprios os gestores da sua situação de saúde/doença permitindo-me estabelecer com eles programas personalizados, mais ajustados às suas reais necessidades e expectativas.

Como referi anteriormente surgiu, nesta fase, a oportunidade de acompanhar um utente com traumatismo vertebro-medular, em contexto domiciliário. Esta situação permitiu-me desenvolver praticamente todos os objetivos que tinha preconizado para este estágio. Este utente tinha sido recentemente referenciado para a RNCCI, após internamento no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Curry Cabral. A referenciação deveu-se à sua necessidade de orientação na aquisição de ajudas técnicas (material de esvaziamento vesical, cadeira de rodas, almofada anti escaras, luvas e cadeira de banho), no entanto o contacto com o utente permitiu-me perceber que ele precisava de muito mais ajuda e orientação do enfermeiro de reabilitação em contexto comunitário para além dessas ajudas técnicas.

O contacto com um utente no seu meio sociofamiliar, abriu toda uma nova perspetiva de necessidades não antes visualizadas, pois só neste contexto, ele pode ser considerado um todo, e só aqui se poderão perceber verdadeiramente as reais carências de cuidados especializados. Após um longo período intensivo de reabilitação (3 meses) dirigido ao desenvolvimento da sua autonomia a nível das atividades de vida diária, o regresso a casa, á realidade do dia-a-dia, fez com que se deparasse com um maior número de necessidades e obstáculos difíceis de colmatar e transpor.

Ao acompanhar este utente consegui efetuar uma extensa colheita de dados que me permitiu *identificar as necessidades específicas de intervenção do EEER, na pessoa com incapacidade sensoriomotora e de eliminação e sua família, em contexto domiciliário*. Por outro lado, consegui estabelecer diversos *diagnósticos de enfermagem de reabilitação com vista á elaboração de um plano de intervenção* com o utente, que me possibilitou *implementar as intervenções planeadas, capacitando-o para a reinserção e exercício da cidadania*. Foi-me ainda permitido *avaliar o resultado de algumas intervenções implementadas, com vista á sua reformulação* (objetivos retirados do projeto de estágio). O meu percurso ao longo deste último mês de estágio permitiu-me desenvolver os objetivos de estágio de forma linear, através do estabelecimento de uma boa relação de equipa interdisciplinar, tendo no centro o utente/família alvo da nossa intervenção, e levando sempre em conta as suas capacidades, interesses, disponibilidade e expetativas. Esta equipa composta pelo utente/família, enfermeira de reabilitação, restante equipa de enfermagem, fisioterapeuta, médico, psicóloga, assistente social e associação sociocultural e recreativa local conseguiu uma boa dinâmica, trabalhando todos em prol dos mesmos objetivos, sempre tendo em vista *a sua qualidade de saúde, de vida, reintegração e participação na sociedade*.

Segundo Correia et al. (2001, p.79), a reabilitação é uma intervenção terapêutica global e multidisciplinar podendo e devendo englobar diversos profissionais, no sentido de intervir na totalidade da envolvimento da doença. O enfermeiro especialista de reabilitação no seio das equipas de saúde, contribui para uma abordagem multi e interdisciplinar dos problemas assumindo-se como o perito em cuidados de enfermagem de reabilitação, pois possui um conjunto de qualificações que o habilitam a exercer as suas funções de forma autónoma e em parceria.

No âmbito dos cuidados continuados integrados o Decreto-Lei n.º 101/2006, no seu artigo 3º (p.3857) diz-nos que as intervenções neste contexto, tendo o EEER como gestor de caso, deverão ser um “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”

As intervenções desenvolvidas junto deste utente/família visaram a implementação do plano de intervenção que promovesse a adaptação às limitações da mobilidade, através da aquisição de autonomia total e segurança nas transferências, preservação das amplitudes dos movimentos articulares, e prevenção de complicações (como os encurtamentos musculares e tendinosos, lesões cutâneas e espasticidade), melhorando assim a performance cardiovascular geral. E ainda, a gestão de alterações de eliminação, quer melhorando a função renal (através do esvaziamento regular e completo da bexiga) e prevenindo complicações da algaliação permanente (distensão da bexiga, refluxo vesico ureteral, litíase renal, infeções e lesões uretrais), quer melhorando a autonomia, a autoimagem e confiança do utente.

Foram ainda desenvolvidas intervenções de ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio existentes no domicílio da pessoa (cadeira de rodas e cadeira de banho) e aconselhados e requeridos novos produtos de apoio adequados à realidade habitacional e social do utente (produto de esvaziamento vesical, barras de apoio para casa-de-banho). Foi ainda efetuada articulação entre o utente/família com os recursos da comunidade envolvente (Associação Sociocultural e Recreativa, Junta de Freguesia, Centro de Emprego).

Tal como nos diz a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010, p.1)

“o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (...) “para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas” (...) “na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida”.

Deste modo penso que ao ter tido o privilégio de acompanhar este utente no final do estágio me permitiu por em práticas as competências de EEER preconizadas pela OE (2010, p. 2), que são o *cuidar* “de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, *capacitar* “a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” e *maximizar* “a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”.

Penso que estas duas fases por mim distinguidas ao longo do estágio, me permitiram evoluir significativamente, porque foram mudando a minha perspetiva do cuidar em enfermagem, isto é, de enfermeira de cuidados gerais (em cuidados intensivos) que «fazia por», a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação que «faz com», ou seja, a conseguir obter uma visão mais empreendedora em termos de reabilitação física, psico-socio-cultural e familiar, permitindo que os utentes/cuidadores sejam responsáveis pelo seu percurso de reabilitação e reintegração, dando sugestões, orientações, encaminhamento e apoio sempre que necessário. Estabeleci desta forma, uma evolução na minha relação com o utente/família como nomeado por Virginia Henderson, referida por Tomey e Alligood (2004, p.115), que foi do muito dependente a um relacionamento bastante independente, ou seja, passei da enfermeira que substituí a o utente e suprimia todas as suas necessidades, para parceira de cuidados, ajudando-o a adquirir ou conquistar a sua independência, formulando em conjunto o plano de cuidados.

Creio ter conseguido obter inúmeros ganhos para o meu percurso académico, de desenvolvimento de competências em algumas áreas da reabilitação, com mais ênfase na reabilitação sensoriomotora e de eliminação e reintegração social.

Reconheço agora que o EEER detém um lugar privilegiado nas unidades de cuidados na comunidade devido às múltiplas oportunidades que tem de conhecer as famílias e os seus «estilos de vida» durante o atendimento das suas necessidades de saúde, assim como dos recursos comunitários. Estas oportunidades conferem-lhe o papel de agente facilitador da mudança que se pretende efetuar. A sua intervenção centra-se, sobretudo na pessoa, inserida numa família e integrada no seu contexto social e cultural.

Levo como mais-valia para o próximo estágio para além de uma maior destreza manual, uma visão mais abrangente dos utentes, das suas patologias e das suas

necessidades atuais e futuras, uma maior capacidade de avaliar as necessidades, estabelecer planos de intervenção adequados e validados para a pessoa, e essencialmente ter-me tornado uma parceira na reabilitação e não a substituta da função ou a ajuda técnica do utente. Levo ainda uma melhor perceção do que espera o utente após uma situação de doença aguda ou crónica, e neste contexto percebo melhor agora a importância do enfermeiro de reabilitação na comunidade e a necessidade de referenciação para estes profissionais, que permita a continuidade dos cuidados no contexto sociofamiliar do utente, após o internamento.

Segundo Hoeman (2000, p.127), tradicionalmente os enfermeiros em ambiente hospitalar centram-se na doença e nas necessidades físicas do utente, esquecendo-se que o futuro passará pelo seu contexto sociofamiliar, pelo que é de extrema importância dar atenção às diversas variáveis envolvidas no processo de reabilitação, como a “localização geográfica, sistemas de suporte familiar, acesso aos recursos da comunidade, recursos financeiros, barreiras psicossociais e acesso aos cuidados de saúde” para assegurar a estes utentes uma reintegração na comunidade bem sucedida. O objetivo major do EEER na reintegração social do utente/cuidador é promover a sua independência, através do envolvimento destes no seu programa de reabilitação e reintegração, encoraja-los a manter o controlo do seu meio ambiente e a assumir a responsabilidade do seu plano de manutenção da saúde e dos seus comportamentos.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra. Quarteto Editora.

Correia, C.; Dias, F.; Coelho, M.; Page, P. & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol: 2. p.75-82

Decreto-Lei nº 101/2006. *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Diário da República — I Série-A Nº 109 - 6 de Junho de 2006. 3856- 3865

Decreto-Lei nº 174/2014. *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Diário da República 1.ª série — Portaria N.º 174 — 10 de setembro de 2014. Artigo 8º. 4865-4882.

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo*. Loures. Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Ambientes favoráveis á prática: Condições no trabalho = cuidados de qualidade*. Conselho Internacional dos Enfermeiros. Genebra. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento para as Competências Específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>

Tomey, A. (2004). Virginia Henderson: Definição de enfermagem. In: Tomey & Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição. Lisboa. Lusociência. 111-126.

REFLEXÃO VI

A minha atual reflexão centra-se no facto de ao iniciar um novo estágio, me ter deparado com um utente que recusou a intervenção do enfermeiro de reabilitação. Esta situação criou-me alguma inquietação e necessidade de ponderação, pois no estágio anterior – em contexto domiciliário - quer os utentes, quer os seus familiares/cuidadores eram bastante recetivos á intervenção da enfermeira especialista de reabilitação, ajustando facilmente as suas rotinas diárias á visitação domiciliária por si efetuada.

Este estágio recentemente iniciado na Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR), por se tratar de um ambiente com o qual estou familiarizada no meu quotidiano profissional, sinto-me mais á vontade, comparativamente ao anterior em contexto comunitário, pelo que não me deparei com qualquer tipo de barreira ou constrangimento na minha integração, embora o meu “papel” atual seja o de enfermeira especialista e não o de generalista.

No entanto esta situação inusitada, logo no início do estágio, fez-me sentir, que nesta área de especialidade tenho ainda muitas competências para desenvolver.

Deparei-me então na primeira semana de estágio, com um utente de 77 anos, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) de origem tabágica, classificada no grupo C/D de avaliação da gravidade (mais de duas exacerbações/ano; estágio 3/4; *Medical Research Council Scale* ≥ 2 ou *COPD Assessment Test* ≥ 10) , segundo a *Global Initiative For Chronic Obstrutive Lung Disease* (GOLD, 2014, p.15), com múltiplos internamentos por agudizações da DPOC com pneumonia associada, sendo o atual internamento por insuficiência respiratória global descompensada, na sequência de uma traqueobronquite, com período inicial de ventilação não-invasiva (VNI) e posteriormente com aporte de oxigénio (O₂) por cateter nasal.

Nos primeiros dias o utente encontrava-se muito instável hemodinamicamente, sob VNI, mas bastante desadaptado, não pela inexperiência de utilização desta terapêutica, (situação que já tinha ocorrido em internamentos anteriores) mas sobretudo pela instabilidade respiratória e hemodinâmica. Neste contexto, a nossa intervenção foi muito concisa e progressiva, insistindo essencialmente na adesão do utente ao tratamento, nomeadamente na sincronia e adaptação á interface e aos

parâmetros ventilatórios, através da promoção de posições de descanso e relaxamento, correção de postura antiálgica defeituosa, exercícios de dissociação e controlo da respiração, desprendimento, mobilização e aspiração de secreções, massagem de relaxamento a nível dos músculos acessórios da inspiração e mobilizações passivas da articulação escapulo-umeral.

Nesta fase inicial deparei-me com um utente ávido de cuidados de enfermagem, nomeadamente de enfermagem de reabilitação, recetivo a todas as intervenções, mas com pouca capacidade de colaboração ou autonomia, dada a sua situação clínica, cansaço a pequenos esforços e dispneia acentuada.

Na semana seguinte, deparei-me com o utente, bastante melhorado a nível da função respiratória, bem como do estado geral, necessitando apenas de um aporte de O₂ por cateter nasal, parcialmente independente nas atividades de alimentação e higiene. No entanto, encontrava-se consciente, pouco comunicativo e bastante renitente aos cuidados de enfermagem no geral e em particular de reabilitação.

Nesta fase do estágio, e dado o contexto em que este decorre, quando abordei o utente, conhecendo previamente o seu atual estado de saúde, já tinha mentalmente estabelecido um plano de intervenção, que inclusivamente já discutira com a minha orientadora, e estava ansiosa por o pôr em prática e ver os seus efeitos imediatos, em termos da sua resposta, parâmetros hemodinâmicos, gasimetria e radiografia (parâmetros que não tive oportunidade de observar no estágio anterior).

Face a esta patologia concreta (DPOC), sobre a qual incide o meu projeto de estágio, e após muita pesquisa teórica e da evidência científica atual, obtive inúmeros subsídios que fundamentam os benefícios da reabilitação respiratória (RR) nas pessoas com esta doença. Por tudo isto, e mediante esta situação de recusa do utente em realizar RR, surgiu em mim um dilema: deveria persuadir o utente a efetuar o programa de RR que para si tinha estabelecido; ou deveria respeitar a sua decisão de não o realizar?

Segundo Hesbeen, (2003, p.9) referenciando a “Carta a um jovem colega” de autoria de Raymond Gueibe (2000) onde se expõe a ideia de que, “nunca nos deixemos tentar por aquelas estúpidas ideias de grandeza que nos fazem crer que nós, os que cuidamos, sabemos o que é bom e o que está bem para os nossos doentes” (...)

“temos de dispor de tempo para conhecer o doente, identificar as suas queixas, que sentido ele atribui a tudo isso e ... aquilo que espera de nós”.

Por este motivo decidi inicialmente discutir este assunto com a minha orientadora e com a enfermeira responsável pelo utente. E posteriormente em conjunto abordamos o utente no sentido de perceber qual o motivo da sua recusa na realização dos exercícios de RR.

Também neste contexto, Smeltzer e Bare (1994, p.181), referiram que o utente “é o elemento chave da equipa de reabilitação”, pois é ele “o foco do esforço da equipa e aquele que determina os resultados finais do processo”, sendo que a “reabilitação faz parte dos cuidados integrais na enfermagem” e os seus esforços devem começar no contato inicial com o utente.

Desta forma, consegui compreender a dimensão da revolta, tristeza e descrença que o utente sentia face a um diagnóstico que o acompanhava á cerca de 4 décadas. A revolta por não ter conseguido ter força de vontade para deixar de fumar, podendo ter prevenido a sua rápida progressão e por não gerir adequadamente a doença, o que o tem levado a sofrer inúmeras exacerbações, com necessidade de internamento. A tristeza por não ser autónomo na satisfação das suas necessidades humanas fundamentais, encontrando-se dependente da sua esposa. E revolta por não acreditar na sua recuperação, considerando que já não vale a pena despende esforços para recuperar a sua autonomia, qualidade de saúde e de vida.

Para Hesbeen (2003, p.7) “são tantos os obstáculos que o caminho apresenta, que pode, por vezes, parecer bloqueado. A pessoa pode ser derrotada tanto por esse peso, como por esse obstáculo”. Neste caso, o utente sente o enorme peso que a DPOC tem constituído, bem como os obstáculos que ela tem criado nas várias dimensões da sua vida e na sua qualidade de vida. Pois para além da DPOC se manifestar primariamente na função pulmonar “o quadro clínico e as repercussões no estado geral de saúde da pessoa sofrem a influência das manifestações sistémicas” (...) “com impacto na qualidade de vida da pessoa” (Menoita e Cordeiro, 2012, p.253)

Ao iniciar esta relação terapêutica com o utente, disponibilizando tempo para ele se expressar, manifestar as suas preocupações e anseios, consegui também demonstrar-lhe a importância de manter um programa de RR adequado á sua

situação clínica, às suas necessidades e disponibilidade. Tentei também fazê-lo perceber que a sua participação neste programa era fundamental, pois estava em “jogo” a sua autonomia, em suma a sua saúde. E que a sua opinião seria sempre respeitada, neste contexto, independentemente das opções que tomasse. Deste modo, consegui estabelecer, numa primeira fase, com o utente um programa de RR com pequenos objetivos e intervenções restritas á reeducação funcional respiratória, excluindo o levante e treino de exercício, com a possibilidade de serem negociados á posteriori.

Neste sentido Hesbeen (2003, p.73-75), refere que o processo de cuidados de reabilitação deverá assentar em duas dimensões: encontro e acompanhamento. Em que o encontro determina a capacidade do enfermeiro de reabilitação “ir ao encontro da pessoa” com “um objetivo bem definido que é o conseguir fazer laços de confiança com essa pessoa” (...) “para fazerem o caminho juntos” e “quando houver lugar ao encontro e quando este der lugar á criação de laços de confiança, passará a ser possível á pessoa que recebe cuidados e á que presta, caminharem juntas, fazerem determinado percurso comum”. O enfermeiro de reabilitação irá então “acompanhar a pessoa no seu caminho e não obriga-la a percorrer o nosso caminho de profissionais”.

Para Benner (2001, p.87), muitos utentes “sentem-se pouco implicados na sua cura e no seu tratamento”, sendo muitas vezes, da responsabilidade da enfermeira ajudar o utente a recuperar o sentimento e atitude participativa.

O desenvolvimento da situação anteriormente narrada, juntamente com as fundamentações teóricas sobre as quais refleti, vêm confirmar a necessidade inicialmente descrita de desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista. Neste âmbito, penso que ao abordar e gerir esta situação, consegui desenvolver algumas competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010, p.4/5) no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, através da demonstração da “tomada de decisão ética numa variedade de situações da pratica especializada”, nomeadamente no desenvolvimento de “estratégias de resolução de problemas desenvolvidas em parceria com o cliente” e através da promoção da “proteção dos direitos humanos”, no que diz respeito ao “direito dos clientes no acesso á informação” e “á escolha e á autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados”.

Todo este processo reflexivo, me fez perceber dois aspetos essenciais a ter em conta no meu percurso académico e profissional na área da enfermagem de reabilitação, que são: por um lado a necessidade de basear a minha intervenção nas reais necessidades, expectativas e disponibilidade do utente, sendo sua parceira no processo de reabilitação, evitando estabelecer programas sem a sua participação ou consentimento; por outro lado, a necessidade fundamental de respeitar a opinião, a autodeterminação e as escolhas do utente, evitando impor programas de reabilitação que não vão de encontro às suas necessidades e objetivos de saúde e de vida.

Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra. Quarteto Editora.

Global Initiative For Chronic Obstrutive Lung Disease (2014). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstrutive pulmonary disease. Disponível em: <http://www.goldcopd.org/>.

Hesbeen, W. (2003). A Reabilitação: Criar Novos Caminhos. Loures. Lusociência.

Menoita, E. & Cordeiro, M. (2012). Patologia Respiratória Obstrutiva. In Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures. Lusociência. p.251-301

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>.

Smeltzer, S. & Bare, B (1994). Princípios e Práticas de Reabilitação. In: Brunner/Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. 7ª Edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. p. 181-207

REFLEXÃO VII

Esta semana pensei em refletir sobre uma situação com que me deparei em estágio e sobre a qual poderei tirar inúmeras mais-valias para o meu projeto e também para o meu contexto de trabalho.

No local onde me encontro a estagiar tenho tido a oportunidade de acompanhar e intervir, como enfermeira de reabilitação, na condição clínica de um utente. Este utente recorreu ao hospital por crises convulsivas de difícil controlo e foi internado inicialmente numa enfermaria, tendo realizado estudo encefalográfico que lhe diagnosticou Grande Mal Epilético. Durante o internamento teve agravamento do seu estado neurológico, acompanhado de degradação da função respiratória, complicada de pneumonia nosocomial, pelo que teve necessidade de ventilação mecânica invasiva, o que motivou a sua transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios.

Este utente encontra-se internado nesta unidade há cerca de 1 mês. No início teve um agravamento significativo da função respiratória, com difícil restabelecimento, mas em compensação foi recuperando paulatinamente a função neurológica, encontrando-se atualmente em Score Glasgow 11 (O-4; V-2; M-5), sem episódios convulsivos (generalizados ou localizados) ou atividade elétrica cerebral paradoxal. No início do seu internamento nesta unidade não intervim junto deste utente, porque se encontrava hemodinamicamente instável e com episódios convulsivos frequentes. Depois ocorreu a pausa letiva no estágio, e só voltei a deparar-me com o utente recentemente, encontrando-se então bastante melhorado, numa fase de redução da sedo-analgesia e tentativa de “desmame” ventilatório. Neste âmbito foram realizadas diversas tentativas sem sucesso, pelo que a equipa médica optou por suspender VMI, extubar orotraquelmente o utente e colocá-lo em VNI.

O trabalho que tentei entretanto desenvolver com o utente foi na área respiratória, no sentido de melhorar a sua função respiratória através da promoção da limpeza das vias aéreas (mobilização e eliminação de secreções brônquicas) e da reexpansão pulmonar, com o intuito de prevenir e minimizar complicações infecciosas e de melhorar a oxigenação, as trocas gasosas e o trabalho respiratório. E na área motora, visto o utente já apresentar rigidez a nível cervical e espasticidade a nível dos membros inferiores, o trabalho efetuado tinha como objetivos manter a

mobilidade e amplitude articular a nível dos membros superiores, diminuir a rigidez e espasticidade instaladas, e minimizar e prevenir complicações da imobilidade.

Cuidar deste utente foi para mim uma situação muito comum, não em termos de enfermagem de reabilitação mas de cuidados gerais, dado o seu diagnóstico base, e neste contexto, algumas vezes me foram solicitados esclarecimentos e conselhos. A transição dos cuidados gerais para os cuidados especializados foi por isso bastante mais facilitada. No entanto, a surpresa residiu no facto de um utente com uma patologia neurológica de base, ter sido extubado e conectado a VNI com tanto sucesso, pois pelo que me tem sido dado a conhecer no meu contexto de trabalho, bem como o que vem relatado na literatura sobre a VNI, levava-me a crer que nos utentes com este tipo de patologia, fosse desaconselhada a implementação desta técnica.

Segundo Rahal, Garrido e Cruz Jr. (2005) existem algumas condições clínicas, como a diminuição do estado de consciência, que condicionam o uso da VNI. No entanto, ainda segundo estes autores, a VNI pode providenciar um suporte ventilatório parcial a pessoas que tenham capacidade para respirar espontaneamente e que preencham critérios para extubação ou desmame ventilatório, atuando, deste modo na diminuição do período de necessidade de VM e/ou reintubação, de sedação e das complicações associadas.

Também neste contexto, McNeill e Glossop (2012, p.36) referem que “a evidência sugere que o uso de VNI cedo, após extubação, e antes do início de insuficiência respiratória, pode evitar o seu aparecimento e, potencialmente, reduzir a necessidade de reintubação e mortalidade”.

Foi com grande surpresa que me deparei com este facto surpreendente, isto é, um utente entubado orotraquelamente e ventilado numa modalidade controlada que ao ver alterada a modalidade ventilatória para assistida ficava muito bradipneico, com baixas SatO₂, taquicardico e hipertenso, ficaria tão estável em termos respiratórios e hemodinâmicos em VNI.

Nada me levava a crer que apesar da sua evolução neurológica positiva, o utente iria conseguir colaborar o suficiente para ficar bem adaptado ao interface e á prótese ventilatória. Creio ter visto também um pouco deste descredito em todos os enfermeiros envolvidos neste processo.

Segundo Benner (2001, p.61) “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria”. Daí reconhecer a importância da realização de estágio noutros contextos da prática, para além daqueles onde desempenhamos funções, não só para consolidação dos conhecimentos adquiridos em contexto formativo e desenvolvimento de competências, como para observar outros modos de atuação efetivos que possamos transpor para os nossos contextos de cuidados.

Penso que o sucesso desta extubação e adaptação á VNI, apesar do estado neurológico do utente, muito se deveu a um esforço conjunto de profissionais habilitados e muito experientes nesta área, nomeadamente os enfermeiros e, de equipamento atualizado e diversificado que permitiu uma melhor adequação ao utente e às suas necessidades. Este facto é confirmado por Alves, Caetano, Caldeira, Caneira e Rodrigues (2011, p.68) quando referem que “o sucesso da técnica depende de uma boa adaptação do doente, a uma interface confortável, e principalmente de uma equipe multidisciplinar treinada, que deve otimizar a utilização da VNI”, “nesta equipa, o enfermeiro especialista em reabilitação tem um papel importante quer junto do doente/família, na fase aguda (...), quer na equipa de enfermagem que integra”, quando desenvolve intervenções no sentido de “sensibilizar para os benefícios e importância da higiene brônquica” e “promover uma boa adaptação/adesão á VNI”.

Neste sentido tentei, como enfermeira de reabilitação contribuir para uma melhor adaptação do utente á VNI, através da RFR, que associada a essa técnica parece diminuir a dispneia (Moreno, Dal Corso e Malaguti, 2007) e assegurar a permeabilidade das vias aéreas com a mínima instabilidade na situação clínica do utente (Placidi et al., 2006).

No entanto, verifiquei neste campo de estágio que os enfermeiros e nomeadamente o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação muitas vezes participam ativamente na extubação e realizavam técnicas para remoção de secreções brônquicas, reexpansão pulmonar, posicionamentos terapêuticos, mobilização, implementação e supervisão da VNI, mas depois não existem normas de atuação ou diretrizes que o comporem. Estas ações, nomeadamente, a implementação e

supervisão da VNI e participação ativa na extubação, ocorrem muitas vezes, num maior ou menor grau de autonomia, com ou sem prescrição médica.

Tal como Correia, Freitas, Pereira e Ferreira (2013), também considero que o sucesso deste processo de extubação e adaptação á VNI se deveu à experiência e formação da equipa de enfermagem, pelo que a estes se exige uma prática profissional baseada na evidência e em linhas de orientação que elevem os cuidados prestados ao utente a um nível de excelência.

Por tudo isto penso ter obtido alguns subsídios sobre a VNI que me ajudarão não só a desenvolver competências de enfermeira especialista em reabilitação no cuidar dos utentes submetidos a esta técnica, como a alcançar algumas mais-valias para o meu contexto de trabalho, na medida em que apreendi o facto de que por vezes o cenário e o *timing* nos parecer pouco propício á utilização desta técnica, uma equipa de enfermagem treinada, ou quando tal não é possível, dispor de protocolos e normas de atuação pré-estabelecidas poderá ter um desfecho positivo, e mesmo quando tal não acontece, serão acautelados e minimizados os prejuízos para o utente que cuidamos.

Alves, L.; Caetano, F.; Caldeira, E.; Caneira, M. & Rodrigues, P. (2010) Doente com DPOC: contributos da enfermagem de reabilitação. *Boletim Hospital Pulido Valente*. Nº 1. p.63-70

Benner, P. (2001) *De Iniciado a Perito*. Coimbra. Quarteto Editora

Correia, A.; Freitas, C.; Pereira, C. & Ferreira, F. (2013) Nursing outcome in the person with noninvasive ventilation at home. *Journal of Aging & Innovation*. 2(1). Acedido a 3 Jun. 2014. Disponível em <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/revista/volume2-edicao1-janeiro2013/vni-domicilio/>

McNeill, G. & Glossop, A. (2012) Clinical applications of non-invasive ventilation in critical care. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*. 12(1). p.33-37

- Moreno, J.; Dal Corso, S. & Malaguti, C. (2007) Análise descritiva do uso de ventilação mecânica não invasiva durante o exercício em paciente com DPOC. *Conscientiae Saúde*. 6(2). p.295-303
- Placidi, G.; Cornacchia, M.; Polese, G.; Zanolli, L.; Assael, B. & Braggion, C. (2006) Chest physiotherapy with positive airway pressure: a pilot study of short-term effects on sputum clearance in patients with cystic fibrosis and severe airway obstruction. *Respir Care*. 51(10). p.1145-53
- Rahal, L.; Garrido, A. & Cruz Jr, R. (2005) Ventilação não-invasiva: Quando utilizar?. *Revista Associação Médica Brasileira*. 51 (5). p.241-55

Apêndice X – Folheto de Ventilação Não Invasiva

COMO LIMPAR O APARELHO E ACESSÓRIOS?

- **Aparelho**
Limpar externamente com um pano húmido e sem produtos químicos. Deixar secar antes de utilizar. Manter o aparelho em lugar seco e arejado
- **Filtro**
Lavar 1 vez por mês com água morna, sabão e secar bem antes de voltar a colocar. Trocar de 6 em 6 meses
- **Máscara e Acessórios**
Desmontar completamente 1 vez por semana e lavar todas as peças com água morna e sabão. Limpar com pano seco
- **Tubo**
Não necessita de qualquer desinfecção

Se tiver alguma dúvida/questão os

Enfermeiros desta Unidade podem ajudá-lo fornecendo-lhe informação adicional.

UNIDADE DE CUIDADOS
INTENSIVOS RESPIRATÓRIOS

Ventilação Não Invasiva (VNI)



CONTACTOS

Telef: ...

...@gmail.com

LOCALIZAÇÃO E ACESSO AO SERVIÇO

(...)

Guia orientador para
utentes e familiares

2015

O QUE É A VNI?

É a utilização de um apoio à respiração em situações de dificuldade respiratória (falta de ar), através de uma máquina que gera ar



QUAIS OS BENEFÍCIOS?

- Respirar melhor
- Dormir melhor
- Ter mais tolerância ao esforço
- Poder evitar agudizações da sua doença respiratória

QUAIS OS POSSÍVEIS INCONVENIENTES E SOLUÇÕES?

- **Lesão facial** (provocada pela pressão da máscara)
Aliviar a máscara, proteger a pele (utilizar penso protetor ou algodão nos locais de maior pressão da máscara e aplicar creme hidratante na face após retirar a máscara) e avaliar a necessidade de mudar o tipo máscara

- **Irritação Ocular** (provocada pela fuga de ar)
Reajustar a máscara e verificar outras fugas

- **Boca seca, obstrução do nariz e retenção de secreções** (por passagem de ar seco pela boca e nariz)

Beber dois litros de água por dia, uso de humidificador no aparelho ou aplicar spray nasal para hidratar a mucosa, tossir para expelir as secreções e manter os exercícios diários de reabilitação respiratória

- **Distensão do estômago**
Respirar com a boca fechada, providenciar antitútilente e reduzir um pouco a pressão de ar gerada pelo equipamento

- **Hemorragia nasal**
Suspender a ventilação e contactar o médico

COMO COLOCAR A INTERFACE (MÁSCARA)?

Antes de colocar a máscara deve lavar e secar bem a face. Aplicar pensos de proteção nas zonas de maior pressão se necessário



- **Máscara Nasal**
Com este tipo de máscara deve manter a boca fechada, comunicando por gestos ou por escrita

■ Máscara Facial

A máscara adapta-se à face da pessoa e ajusta-se o Arnês (fitas de fixação) à cabeça, sem grande pressão



Depois de colocar a máscara verificar se existem fugas (entre a máscara e a face) e reajustar

Não tapar a válvula expiratória da máscara (no exterior da máscara)

Para falar ou para se alimentar necessita de retirar a máscara

COMO UTILIZAR O APARELHO?

- Colocar o aparelho em superfície plana e estável (não deve coloca-lo no chão ou tapa-lo)
- Efetuar desobstrução nasal com soro fisiológico a higiene brônquica (tossir e expetorar) antes de iniciar a ventilação.
- Ligar aparelho a fonte de corrente elétrica e a fonte de oxigénio (se o tiver prescrito).
- Colocar-se numa posição confortável
- Colocar a máscara e ajustá-la através das fitas do arnês

Apêndice XI – Ficha de Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação da UCC



UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação

Nome: Idade:

Diagnóstico:

Estado Civil:

- ☐ Casado ☐ União de Facto ☐ Viúvo
☐ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Outro

Tipo/Motivo de Referência:

Nº Processo:

1ª Avaliação da UCC(data):

Tipos de Avaliações

- ☐ Enfermagem ☐ Médica ☐ Fisioterapia
☐ Social ☐ Psicológica ☐ Outra

História Sociofamiliar

Agregado familiar/ Coabitação

- ☐ Só ☐ Conjugue/companheiro ☐ Filho(a) ☐ Irmã(o)
☐ Pai/Mãe ☐ Neto (a) ☐ Nora ☐ Outro

Ocupação/Profissão:

Atividades/Participação Social:

Condição Económica:

Participação Social

- ☐ Alargada ao mundo exterior (sociedade e mundo)
☐ Centrada no meio habitacional (vizinhança, comunidade)
☐ Centrada no domicílio (casa ou instituição)
☐ Isolamento social
☐ Outra

Acessibilidades e Condições Habitacionais

Acessos

- ☐ Escadas
☐ Rampa
☐ Elevador
☐ Outras

Tipo de habitação

- ☐ Moradia
☐ Apartamento
☐ Barraca

Barreiras arquitetónicas

- ☐ Não tem
☐ Exteriores
☐ Interiores

Observações:

Rede de Apoio Formal, Informal e Cuidadores

Cuidadores Informais

- ☐ Só ☐ Pai ☐ Voluntária
☐ Conjugue/companheiro ☐ Mãe ☐ Vizinha
☐ Filho(a) ☐ Neto (a) ☐ Outro
☐ Irmã(o) ☐ Nora ☐ Não Há Cuidadores Informais

Cuidados Prestados Pelo Cuidado Informal

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adquirir Bens/Serviços | <input type="checkbox"/> Transferências | <input type="checkbox"/> Alimentação |
| <input type="checkbox"/> Tarefas Domésticas | <input type="checkbox"/> Posicionamentos | <input type="checkbox"/> Saúde |
| <input type="checkbox"/> Higiene Pessoal | <input type="checkbox"/> Deambulação | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

Cuidador Informal Principal

Nome: _____
Relação/grau de parentesco: _____
Contacto: _____

Capacidade de cuidar (perspetiva do cuidador)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sente-se capaz de continuar a cuidar | <input type="checkbox"/> Declara esgotamento emocional e físico |
| <input type="checkbox"/> Sente-se incapaz de continuar a cuidar | <input type="checkbox"/> Não se aplica |
| <input type="checkbox"/> Solicita algum apoio na prestação de cuidados | <input type="checkbox"/> Situação acolhimento em instituição |

Rede de Apoio Formal

Instituição: _____
Horário: _____
Tipo de apoio: _____

Historia Clínica

Ocorrências relevantes: _____

Antecedentes pessoais: _____

Observação geral**Nível de consciência**

- ☐ Consciente ☐ Vígil ☐ Torpor ☐ Outras

Nível de colaboração

- ☐ Ativo ☐ Passivo ☐ Não Colaborante ☐ Outro

Orientação

- ☐ Orientado ☐ Desorientado espacialmente
☐ Desorientado temporalmente ☐ Desorientado E-T

Comunicação

- ☐ Sem dificuldades ☐ Com dificuldades ☐ Não comunica ☐ Observações _____

Alterações sensoriais

- ☐ Auditivas ☐ Visuais ☐ Outras ☐ Observações _____

Mobilidade geral

- ☐ Totalmente acamado ☐ Parcialmente acamado ☐ Deambula em casa
☐ Caminha fora de casa ☐ Auxiliar de marcha _____

	Força muscular (Escala Lower)	Tónus muscular (Escala modificada de Ashworth)	Amplitudes articulares (M) mantidas; (D) diminuídas
MSD			
MID			
MSE			
MIE			

Postura e encurtamentos musculares:

Marcha

- ☐ Estável ☐ Instável ☐ Ausente
☐ Auxiliares de marcha ☐ Observações _____

Sensibilidade Superficial				Sensibilidade Profunda			Coordenação motora	Equilíbrio
	Tátil	Térmica	Dolorosa	De pressão	Vibratória	Proprioceptiva		
Face							☐ Dedo nariz ☐ Calcanhar joelho (P) presente; (D) diminuída; (A) ausente	☐ Sentado estático ☐ Sentado dinâmico ☐ Em pé estático ☐ Em pé dinâmico
MSD								
MSE								
Tronco								
MID								
MIE								
(0) Anestesia, (1) Hipostesia, (2) Sensibilidade normal, (3) Hiperstesia								(0)Ausente, (1)Deficiente, (2) Razoável, (3) Bom

Avaliação respiratória

Tipo

- ☐ Costal superior
☐ Costal médio
☐ Costal inferior
☐ Abdomino-diafragmático

Mobilidade da grelha costal

- ☐ Mantida
☐ Aumentada
☐ Diminuída
☐ Assimétrica

Ritmo respiratório

- ☐ Eupneia
☐ Taquipneia
☐ Bradipneia

Tosse

- ☐ Produtiva
☐ Seca
☐ Eficaz
☐ Não-eficaz

Expetoração

- ☐ Abundantes
☐ Pouco abundantes
☐ Viscosas
☐ Fluidas
☐ Mucosas
☐ Purulentas
☐ Mucopurulentas
☐ Hemoptoica

			D	E
Auscultação pulmonar	Murmúrio Vesicular	1/3 Sup		
		1/3 Méd		
		(M)mantido, (D)diminuído,(A)a usente		
	1/3 Inf			
	Ruídos Adventícios	1/3 Sup		
		1/3Méd		
1/3 Inf				
		(R)roncos, (S)sibilos, (F)ferveores, (C)crepitações, (AP)atritos pleurais		

Sinais e sintomas:

- (localizar na imagem)
- ☐ Edemas
☐ Úlceras de pressão
☐ Outras feridas
☐ Dor
 - ☐ Nociceptiva
 - ☐ Neuropática
 - ☐ Somático
 - ☐ Visceral
 - ☐ Desafferenciação lancinante
- Outros _____

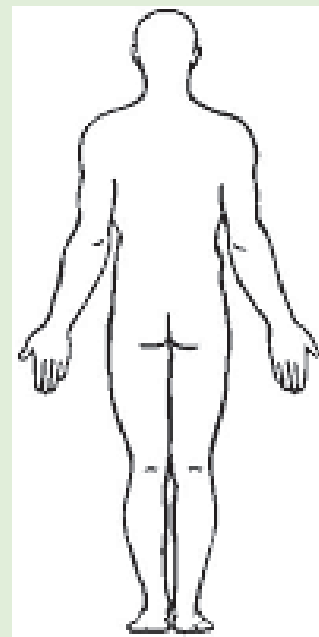
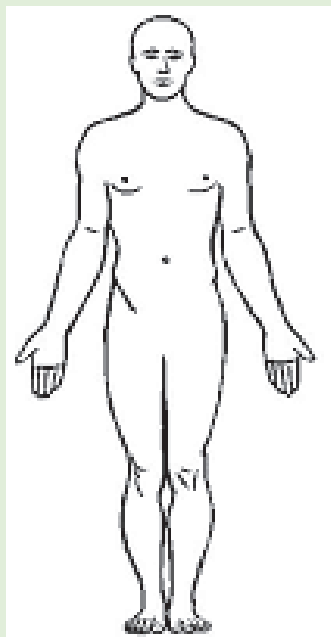
Dor

Frequência _____

Quando surge _____

O que agrava _____

O que alivia _____



**Ajudas Técnicas
Adquiridas/Necessárias**

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cama articulada | <input type="checkbox"/> Fraldas | <input type="checkbox"/> Tripé |
| <input type="checkbox"/> Grades laterais | <input type="checkbox"/> Cadeira de banho giratória | <input type="checkbox"/> Andarilho |
| <input type="checkbox"/> Colchão anti-escaras | <input type="checkbox"/> Cadeira-sanitária | <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas |
| <input type="checkbox"/> Almofada anti-escaras | <input type="checkbox"/> Grua de transferência | <input type="checkbox"/> Outras |
| <input type="checkbox"/> Calcanheiras | <input type="checkbox"/> Tabua de transferência | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cotoveleiras | <input type="checkbox"/> Canadianas | _____ |

Plano de Intervenção

Expetativas do utente/familiares:

Objetivos a curto prazo:

Objetivos a longo prazo:

Atividades a desenvolver:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Massagem | <input type="checkbox"/> Ensino sobre higiene brônquica |
| <input type="checkbox"/> Exercícios de alongamento | <input type="checkbox"/> Ensino/treino de levante e transferências |
| <input type="checkbox"/> Mobilização articular | <input type="checkbox"/> Ensino/treino de mobilidade no leito |
| <input type="checkbox"/> Fortalecimento muscular | <input type="checkbox"/> Ensino/treino de posicionamentos |
| <input type="checkbox"/> Atitudes terapêuticas de facilitação neurológica/movimento | <input type="checkbox"/> Ensino/treino AVD e AIVD |
| <input type="checkbox"/> Treino proprioceptivo | <input type="checkbox"/> Ensino/treino de atividades lúdicas |
| <input type="checkbox"/> Treino equilíbrio/controlo postural | <input type="checkbox"/> Ensino/treino ao cuidador |
| <input type="checkbox"/> Treino de marcha | <input type="checkbox"/> Entrega de manuais de auxílio ao utente/cuidador |
| <input type="checkbox"/> Treino de escadas | <input type="checkbox"/> Informação sobre fatores de risco |
| <input type="checkbox"/> Programa de exercícios | <input type="checkbox"/> Educação de medidas de prevenção da queda |
| <input type="checkbox"/> Readaptação ao esforço | <input type="checkbox"/> Proposta de alterações habitacionais |
| <input type="checkbox"/> Gestão da dor | <input type="checkbox"/> Proposta de aquisição de ajudas técnicas |
| <input type="checkbox"/> Técnicas de relaxamento | <input type="checkbox"/> Encaminhamento para outros técnicos/serviços da UCC |
| <input type="checkbox"/> Ensino/treino de controlo respiratório | <input type="checkbox"/> Encaminhamento para unidades da RNCCI |
| <input type="checkbox"/> Aspiração de secreções | <input type="checkbox"/> Outras _____ |

Primeira avaliação (data)

Enfermeira gestora (nome)